

令和 年 月 日

(宛先) 徳島中央広域連合消防本部 消防長

医療機関名

代表者氏名

転院搬送依頼書

緊急性 ・ 必要性	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください。) <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。		
転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。 ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由には該当しません。		
疑われる疾患 ・ 処置状況			
担当医師	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。 担当医師氏名： 救急車同乗医師等氏名：		
搬送先 医療機関	(名称)	担当科	
	(住所) TEL	連絡医師名	

傷病者情報				
傷病者氏名	ふりがな	様	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
傷病者住所		緊急連絡先		
バイタルサイン等	時間	測定	救急車内で必要な処置	
意識	JCS	搬送体位		
呼吸	回/分	O ₂ 投与 <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	リッター/分 <input type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> その他 ()	
SpO ₂	%			
脈拍	回/分	その他 (救急隊への指示・注意点)		
血压	/			
瞳孔	右 mm 左 mm			
対光反射	右 (+・-) 左 (+・-)			
体温	℃			
※署名欄 (医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名をお願いします。)				
<ul style="list-style-type: none">上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に車内での必要な処置の指示を記載しています。傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。				
担当医師： _____				
緊急連絡先： _____				

記入例

令和 年 月 日

(宛先) 徳島中央広域連合消防本部 消防長

医療機関名 **〇〇病院**

代表者氏名 **徳島 太郎**

医療機関名と代表者氏名を必ず記入して下さい。

緊急性について、両方の要件を満たすことを確認し、チェックをお願いします。

転院搬送依頼書

緊急性・必要性	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください。) <input checked="" type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。		
転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由には該当しません。 当医療機関では治療困難		
疑われる疾患・処置状況	〇〇が疑われ、緊急に手術をする必要がある		
担当医師	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。 担当医師氏名： 徳島 二郎 救急車同乗医師等氏名： 徳島 三郎 (医師)		
搬送先医療機関	(名称) 〇〇救命救急センター	担当科	〇〇科
	(住所) 〇〇市〇〇町1-1 TEL 〇〇〇-△△△-〇〇〇〇	連絡医師名	吉野川 太郎

転院の理由と疑われる疾患等を具体的に記載をお願いします。

担当医師及び救急車同乗医師等の名前を必ず記入をお願いします。

傷病者情報			
傷病者氏名	ふりがな	様	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)
傷病者住所			緊急連絡先
バイタルサイン等 時間 : 測定	救急車内で必要な処置		
意識	JCS	搬送体位	
呼吸	回/分	O ₂ 投与 <input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	6 回/分 <input checked="" type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> その他 ()
SpO ₂	%		
脈拍	回/分	その他 (救急隊への指示・注意点)	・心電図モニター装着 ・起座位搬送 ・搬送中のバイタル変化に注意 ・湿性ラ音著明 等
血圧	/		
瞳孔	右 mm 左 mm		
対光反射	右 (+・-) 左 (+・-)		
体温	℃		

※署名欄 (医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、

救急車に同乗する際は、救急車内において、救急隊員に具体的な指示を直接お願いします。

- 上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に車内での必要な処置の指示を記載しています。
- 傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。

救急車に同乗できない場合は、患者のバイタル及び救急車内での処置を具体的に記入の上、署名をお願いします。

担当医師： _____

緊急連絡先： _____