

# 転院搬送依頼書【地域病院救急車】

年 月 日

前橋赤十字病院長 様

医療機関名:

代表者名:

印

1	転院理由	<input type="checkbox"/> 緊急に高度医療・専門医療等が必要 <input type="checkbox"/> 他に適当な搬送手段がない <input type="checkbox"/> その他(理由: _____ )	
2	搬送元情報	※搬送元医療機関の管理と責任の下で搬送を行うため、原則として医師又は看護師の同乗が必要です。	
		担当医師名	_____
		医師等の同乗	<input type="checkbox"/> 有(氏名: _____ (医師・看護師))
3	搬送先情報	(医療機関名) <input type="checkbox"/>	(担当科) <input type="checkbox"/>
		(TEL)	(担当医師名)
4	搬送希望日時	年 月 日 ( 時 分 発予定)	

傷病者情報等			
フリガナ 傷病者氏名	_____	生年月日	年 月 日 ( 歳)
傷病者住所	_____	緊急 連絡先	_____
傷病名	_____	処置状況	_____
救急車に積載 する医療機器	_____	医療機器の 電力容量	_____