

(別紙)

転院搬送依頼書

年 月 日

前橋市消防局長 様

医療機関名:

代表者名:

印

1	<p>転院要件</p> <p>※ すべてにチェックが必要。 ※ ベッド満床やかかりつけ医への転院、家族希望等は救急業務としての転院搬送に該当しません。</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急に高度医療・専門医療等が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 他に適当な搬送手段がない</p>
2	<p>搬送元情報</p> <p>※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。</p> <p>担当医師名</p> <p>医師等の同乗 <input type="checkbox"/>有(氏名: (医師・看護師))</p> <p><input type="checkbox"/>無(最下段の署名欄へ署名してください)</p>
3	<p>搬送先情報</p> <p>(医療機関名) <input type="checkbox"/></p> <p>(担当科) <input type="checkbox"/></p> <p>(TEL)</p> <p>(担当医師名)</p>

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		

※以下、医師等が消防救急車に同乗できない場合のみ記載をお願いします。

【バイタルサイン】	時 分	その他 (救急車内で必要な処置・注意点等)
◆意識: JCS I II III -)		
◆呼吸: 回/分		
◆SpO ₂ : %		
◆脈拍: 回/分		
◆血圧: / mmHg		
◆瞳孔: R mm L mm		
◆対光反射: R(+ -) L(+ -)		
◆体温: °C		
◆既往歴:		
◆最終食事:		
◆アレルギー:		
◆その他:		

※署名欄(医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認のうえ、署名をお願いします。)

・上記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、患者・家族等に対して同乗できない旨を説明し、了承を得ております。
・傷病者の容体等について、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: