

# 転院搬送依頼書

春日・大野城・那珂川消防署  
出動番号( )

平成 年 月 日

＜転院搬送依頼元医療機関の皆様へ＞

★転院搬送依頼元医師は、必要事項を記載後、直接、救急隊へ本依頼書を手渡し、継続医療処置などを指示してください。

★転院搬送中における傷病者の容態管理責任は、依頼元の担当医師にあります。

★搬送元医療機関は、搬送先医療機関に受入れを確認してください。

★医師又は看護師が同乗しない場合は、患者本人又は家族の了承を得てください。

★消防の救急車を利用する転院搬送は、次の要件(1)の全てまたは(2)に該当していなければなりません。

★  にチェックをお願いします。

要件(1)

緊急に処置が必要と考えられる場合。

要請元医療機関での治療が困難であり、集学的または専門的医療が必要と考えられる場合。

患者搬送車や病院所有の救急車が使用できない(搬送時の不測の事態に対処できない恐れがある場合を含む。)等、他の搬送手段がない場合。

要件(2)

あらかじめ搬送先医療機関に受け入れを確認し、救急車の利用を指示された。

※下記の事項を記入の上、救急隊にお渡し下さい。

傷病者氏名	(男・女)M・T・S・H 年 月 日生( 歳)
住所	

搬送先医療機関	(名称) (担当科) (担当医師)
	※任意記入 (住所) (電話)
傷病名(症状)	
転院理由	

現在の状態	午前 午後 時 分
意識状態	JCS 瞳孔 右( mm) 左( mm)
呼吸	回/分 対光反射 右( +・- ) 左( +・- )
SpO2	% (O2 l) 脈拍 回/分 (整・不整)
血圧	/ mmHg 体温 °C
救急車内での注意点、必要な処置	

医師同乗	可・否	看護師同乗	可・否
------	-----	-------	-----

要請元医療機関	(担当医師) (電話)
---------	-------------