

転院搬送依頼書

年 月 日

宮崎市消防局長 殿

依頼医療機関名

依頼医療機関代表者氏名

1	「転院搬送の要件」の確認	<p>*下記①から③全てに該当すること。</p> <p>① 他の専門医療機関において治療の必要がある</p> <p>② 緊急に搬送する必要がある</p> <p>③ 消防局の救急車以外に適当な搬送手段がない</p> <p>*搬送中の傷病者の管理を転院元医療機関の管理と責任において実施することになっていきますので、担当医師の同乗をお願いします。</p>
2	転院理由	<p>*救急車で緊急に搬送しなければならない理由を具体的に記入して下さい。</p> <p>*新型コロナウイルス感染症患者もしくは濃厚接触者ですか？ ( はい ・ いいえ ・ 不明 )</p>
3	搬送先医療機関担当医師情報	<p>医療機関名： _____ 連絡先： _____</p> <p>担当科： _____ 連絡医師名： _____</p>

【傷病者情報】

※緊急性が高い場合は、救急要請後のFAXでも構いません。また、その場合は、バイタルサインの全てを記入する必要はありません。

傷病者氏名	(フリガナ)	様(年齢)	歳	(生年月日)	T・S・H・R	年	月	日
住所	(電話)							

【バイタルサイン】	時	分	測定	救急車内で必要な処置等		
意識： JCS I II III - ( )	酸素	<input type="checkbox"/> 必要あり	<input type="checkbox"/> リザーバーマスク	SpO <sub>2</sub> ：	%	回/分
呼吸： 回/分		<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> その他 [ ]			
脈拍： 回/分	救急隊への指示	体温：	°C	※電源の必要	あり	なし
血圧： / mmHg						
瞳孔： R mm L mm						
対光反射： R ( + ・ - ) L ( + ・ - )						

医師や看護師の同乗ができない場合は、□に✓を記入し、署名をお願いします。

- 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、搬送救急隊に救急車内での必要な処置の指示を行います。
- 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。
- 医師等が同乗しないことについて、本人(家族)に説明し、同意を得ています。

担当医師： \_\_\_\_\_

緊急連絡先： \_\_\_\_\_

# 記入例

## 転院搬送依頼書

年 月 日

宮崎市消防局長 殿

依頼医療機関名  
 ○○○○病院  
 依頼医療機関代表者氏名  
 宮崎 太郎

医療機関名と代表者氏名を必ず記入して下さい。

転院搬送の要件で下記の①から③全てに該当しているかご確認をお願いします。

1	「転院搬送の要件」の確認	<p>* 下記①から③全てに該当すること。</p> <p>① 他の専門医療機関において治療の必要がある</p> <p>② 緊急に搬送する必要がある</p> <p>③ 消防局の救急車以外に適当な搬送手段がない</p> <p>* 搬送中の傷病者の管理を転院元医療機関の管理と責任において実施することになっていきますので、担当医師の同乗をお願いします。</p>
2	転院理由	<p>* 救急車で緊急に搬送しなければならない理由を具体的に記入して下さい。</p> <p>* 新型コロナウイルス感染症患者もしくは濃厚接触者ですか？          ( はい ・ いいえ ・ 不明 )</p> <p>専門性が高く、専門医療機関への転院依頼である。昨日、当院来院時は、会話可能であったが、徐々に意識レベルが低下した。CT検査で○○○○が確認され、○○○○○○疑いと診断し、搬送先病院で緊急手術予定である。</p>
3	搬送先医療機関担当医師情報	<p>医療機関名： ○○○○病院      連絡先： □□-△△△△</p> <p>担 当 科： ○○科                      連絡医師名： 救急 四郎</p>

転院理由や院内の経過等を具体的に記載をお願いします。

### 【傷病者情報】

\* 緊急性が高い場合は、救急要請後のFAXでも構いません。また、その場合は、バイタルサインの全てを記入する必要はありません。

傷病者氏名	(フリガナ) 消防 太郎	様(年齢) 歳 (生年月日) T・S・H・R	年 月 日
住 所	宮崎市○○○○○○番地○○号 (電話)		

【バイタルサイン】	時 分 測定	救急車内で必要な処置等	
意識： JCS I <b>II</b> III - ( 30 )		酸素	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> リザーバーマスク
呼吸： 20 回/分    SpO <sub>2</sub> ： 99 %			<input checked="" type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> その他 [                      ] 部/分
脈拍： 80 回/分    体温： 36 °C		注意 救急 点隊 等へ の指 示	・ 搬送中のバイタル変化に注意 (5分間隔で血圧測定)
血圧： 150 / 80 mmHg			・ 心電図モニター装着。
瞳孔： R 3 mm    L 3 mm			・ ※電源の必要 <b>あり</b> ・ なし
対光反射： R ( + ・ - )    L ( + ・ - )			

救急車に同乗される際は、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。

医師や看護師の同乗ができない場合は、□に✓を記入し、署名をお願いします。

- 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、搬送救急隊に救急車内の必要な処置の指示を行います。
- 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。
- 医師等が同乗しないことについて、本人(家族)に説明し、同意を得ています。

担当医師： \_\_\_\_\_ 緊急連絡先： \_\_\_\_\_

救急車に同乗できない場合は、チェックおよび署名をお願いします。