

転院搬送依頼書

令和 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>* 全ての要件に合致するか□に✓を記入して確認してください。 原則として、<u>下記1～3全てに該当しないと搬送はできません。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 他の専門医療機関において治療の必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 緊急に搬送する必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 消防局の救急車以外に適当な搬送手段がない</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 医師又は看護師の同乗あり (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師)</p> <p style="text-align: center;">↓ * 「同乗できない場合」下記内容の確認をお願いします。</p> <p>該当する□に✓を記入し、署名をお願いします。(※原則として、<u>全てに該当しないと搬送はできません。</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>担当医師: _____ 緊急連絡先: _____</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>※ <u>ベッド満床やかかり付け医への転院、家族希望等</u>は救急業務としての<u>転院搬送に該当しません。</u></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>
<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。 その場合、バイタルサイン全てを記入する必要はありません。</p>		
傷病者氏名	(フリガナ)	<p>様 (年齢) 歳</p> <p>(生年月日) T・S・H・R 年 月 日</p>
住所	(電話)	
【バイタルサイン】		時 分 測定
意識: JCS I II III - ()	酸素	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> リザーバマスク <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> その他 () ㈬/分
呼吸: 回/分 SpO2: %	点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
脈拍: 回/分 体温: ℃	注 救 急 隊 等 へ の 指 示 ・	
血圧: / mmHg		
瞳孔: R mm L mm		
対光反射: R (+ ・ -) L (+ ・ -)	※電源の必要 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	

※ 転院搬送依頼書の記載が済みましたら、消防局指令課にFAX送信(原則)したのち、119番通報してください。
消防局指令課FAX番号: 0985-24-3453

※ 救急隊が到着したら転院搬送依頼書(原本)を救急隊に手渡し、申送りをお願いします。