記 入 例

FAX送付先　宮崎市消防局　指令課　０９８５－２４－３４５３

転 院 搬 送 依 頼 書

令和　６　年　〇　月　〇〇　日

宮崎市消防局長　殿

依頼医療機関名　〇〇〇〇病院

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載して下さい。

1　「転院搬送の要件」の確認

＊　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、**下記１～３全てに該当しないと搬送はできません。**

- ☑ １．他の専門医療機関において治療の必要がある
- ☑ ２．緊急に搬送する必要がある
- ☑ ３．消防局の救急車以外に適当な搬送手段がない
- ☐ ４．医師又は看護師の同乗あり（☐ 医師　　☐ 看護師）

⇩ ※「同乗できない場合」下記内容の確認をお願いします。

該当する□に✔を記入し、署名をお願いします。（※原則として、**全てに該当しないと搬送はできません**。）

- ☑ 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：　宮崎　次郎　　緊急連絡先：〇〇ー〇〇〇〇

同乗がなければ、該当する□に✔を付け氏名と緊急連絡先の記載をお願いします。
※すべての□に✔が付かないと原則搬送できません。

2　転院理由

＊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。

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検査で〇〇〇〇が確認され、〇〇〇〇〇疑いと診断し、搬送先病院で緊急手術予定である。

※　**ベッド満床**や**かかり付け医への転院**、**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**。

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。

3　搬送先医療機関担当医師情報

医療機関名：　〇〇病院　　連　絡　先：　〇〇ー〇〇〇〇

担　当　科：　〇〇科　　連絡医師名：　〇〇　〇〇医師

搬送先医療機関情報の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。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。

傷病者氏名	（フリガナ）　ショウボウ　タロウ 消防　太郎	（年齢）　〇〇　歳 様 （生年月日）T・Ⓢ・H・R　〇　年　〇　月　〇〇　日	
住　所	宮崎市〇〇町〇番地〇　〇〇 マンション 〇〇〇号室	（電話）　〇〇 ― 〇〇〇〇	

【バイタルサイン】　〇〇 時 〇〇 分 測定

意識：JCS　Ⅰ　Ⓘ　Ⅲ　－　（　30　）			
呼吸：　20　回／分	**SpO2**：　99　％		
脈拍：　80　回／分	**体温**：　36.5　℃		
血圧：　150　／　80　mmHg			
瞳孔：　R　3　mm　　L　3　mm			
対光反射：R（⊕・－）　L（⊕・－）			

救急車内で必要な処置等

酸素	☑ 必要あり ☐ 必要なし	☐ リザーバーマスク　2　ℓ/分 ☑ その他（経鼻カニューレ　）
点滴	☐ あり ☑ なし	
救急隊への指示・注意点等	・搬送中のバイタル変化に注意（5分間隔で血圧測定） ・心電図モニター装着。 ※電源の必要　☐ あり　・　☑ なし	

救急隊への指示・注意点を記載してください。
※同乗なしの場合には、必ず記載をお願いします。

※　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。