

転院搬送依頼書

※ 救急車を依頼する際は、必ず119番通報で要請してください。

20 年 月 日

消防長 様

医療機関名

要請判断医師名

本搬送については、当医療機関の管理と責任の下、搬送を依頼します。

転院搬送要件 の確認 ※□内をチェック	※次の項目に該当する必要があります。 <input type="checkbox"/> 当医療機関においては治療が困難である。 <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 他に搬送手段がない。			
転院搬送理由				
受入了承済み	医療機関名：			
搬送医療機関	電話番号：			
	担当医師名：	科	医師	
傷病者 情報	氏名 (ふりがな) (男・女) 住所	生年月日 T・S・H 年 月 日 連絡先 () -	歳 日	
診断名				
その他 必要事項 (必要資器材等)				
同乗者	氏名	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
	氏名	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
	氏名	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
	氏名	<input type="checkbox"/> その他 ()		

- ※ 本依頼書を記入し、到着した救急隊にお渡しください。
- ※ 上記以外に、バイタル、既往症、投薬歴等の情報提供をお願いします。
(カルテ等のコピーでの対応も可能)
- ※ 傷病者収容後、救急隊は搬送先医療機関に受入れ確認の電話をします。