

転院搬送依頼書

(依頼先)
三郷市消防長

医療機関名 _____

下記のとおり、転院搬送を要請します。

要 請 日 時	年 月 日 時 分
緊急性・必要性 ※□内をチェック	☐ 高度・専門医療等が必要であり、緊急に他の医療機関に搬送 する必要がある。
転院搬送理由 ※□内をチェック	☐ 緊急手術・処置 ☐ 入院（全身管理） ☐ 専門的治療 ☐ その他（ _____ ）
要請元担当医師	担当科名： _____ 担当医師名： _____
同 乗 者 氏 名	1 医師 ・ 看護師等 : 2 付 添 い（続柄） :
搬送先医療機関	医療機関名： _____ 連 絡 先： _____ 担 当 科 名： _____ 担当医師名： _____

【傷病者情報】

傷病者名	男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (歳)
診 断 名		

その他必要な情報（バイタルサイン・救急隊への処置等の指示）

【バイタルサイン】

- 実施時間 時 分
- ◇意識：JCS I II III - ()
- ◇呼吸： 回／分
- ◇脈 拍： 回／分
- ◇血 圧： / mmHg
- ◇体 温： °C
- ◇S P O₂： %
- ◇その他：