

轉院搬送依頼書

(依頼先)
三郷市消防長

医療機関名 三郷病院

下記のとおり、転院搬送を要請します。

要 請 日 時	令和元年 ○ 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： ○○科 担当医師名： ○○
同乗者氏名	1 医師 ・ 看護師等 : ○○（医師） 2 付 添 い（続柄） : ○○（妻）
搬送先医療機関	医療機関名： ××病院 連 絡 先： ○○○○ 担 当 科 名： ○○○○ 担当医師名： ○○○○

【傷病者情報】

傷病者名	○○ ○○ ・ 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 ① II III - ()

◇呼吸：○回/分

◇脈拍：○回/分

◇血圧：○ / ○ mmHg

◇体温：○○ °C

◇SPO₂：○○ %

◇その他：右手背22Gで点滴実施 ×時×分～