

転院搬送依頼書

年 月 日

熊谷市消防長 様

医療機関名 _____
要請者氏名 _____
電話番号 _____

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	<input type="checkbox"/> 高度・専門医療等が必要であり、緊急に他の医療機関へ搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 転院搬送を前提に傷病者を受入れたための対応
転院搬送理由	※上記『緊急性・必要性』について具体的に記載してください。
要請担当医師	担当科名： _____ 担当医師名： _____
同乗者氏名	<input type="checkbox"/> 医 師： <input type="checkbox"/> 看護師等： <input type="checkbox"/> 付 添 い： <input type="checkbox"/> 無（傷病者・家族・転院先医療機関 了承済み）
搬送先医療機関	医療機関名： 連絡先（住所含）： 担当科名： 担当医師名：

【傷病者情報】

傷病者名	ふりがな 氏名 _____ (男・女)	生年月日 _____ (歳)
	住所 _____	連絡先 _____
診断名		
バイタルサイン (時 分)		その他の情報 (継続処置の指示等)
意 識	JCS — I・R・A	
呼 吸	回/分	
S p O 2	%	
脈 拍	回/分	
血 圧	/ mmhg	
瞳孔：反射	R mm ()・L mm ()	
体 温	℃	

※119番通報後、本書に必要事項を記入の上、FAXしてください。(FAX番号：048-526-9003)

※救急隊へ本書を手交する際、太枠内は記入済みであること。