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 | **□**　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。  **□**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 | □　医　　師：  □　看護師等：  □　付添い：  □　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 |
| ＳｐＯ２ | ％ |
| 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。