

FAX送付先 日南市消防本部警防課 指令係 FAX番号「119（局番なし）」

## 転 院 搬 送 依 頼 書

要請日 令和 年 月 日

日南市消防長 殿

要請元医療機関名

要請者（通報者）職氏名・Tel

◆要請基準の確認 (全てに該当しなければ搬送できません。右の欄の□に✓してください)	※下記の全てに該当すること。		
	<input type="checkbox"/> 高度・専門医療機関において治療の必要があること <input type="checkbox"/> 緊急に搬送する必要があること <input type="checkbox"/> 消防本部の救急車以外に適切な搬送手段がないこと		
要請元医療機関・ 担当医師	担当医師氏名：		
	救急車 同乗医師or看護師氏名：		
搬送先医療機関	医療機関名：	連絡先	
	担 当 科：	連絡医師氏名	

## 【傷 病 者 情 報】

傷病者氏名	(ふ り が な) 生年月日 年 月 日生 ( 歳 )		
	(傷病名)		
	様 ( 男 ・ 女 )		
傷病者住所	(電話番号)		
【バイタル】	時 分測定	【救 急 車 内 で 必 要 な 処 置 等】	
意 識	JCS	酸素投与	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> リザーバーマスク
呼 吸	回/分		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 点滴処置
SpO <sub>2</sub>	%		<input type="checkbox"/> その他 ( )
脈 拍	回/分	救急隊への指示・注意 点等	
血 圧	/ mmHg		
瞳 孔	右 mm 左 mm		
対光反射	右 (+・-) 左 (+・-)		
体 温	℃		
＊署名欄（医師看護師が同乗できない場合は、内容確認のうえ、署名をお願いいたします） <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に救急車内での必要な処置の指示を記載しています。</li> <li>・傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。</li> <li>・医師が同乗しないことについて、本人（家族）に説明し、同意を得ています。</li> </ul>			
担当医師：		緊急連絡先：	

＊次の救急要請に備えるため、同乗された医師、看護師等を要請元医療機関へ送ることは、原則できません。