

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

<p>◆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)</p>		※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)			
【パラメータ】 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	
呼 吸	回/分			<input type="checkbox"/> 必要なし	
SpO ₂	%			<input type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> 点滴処置 <input type="checkbox"/> その他()	
脈 拍	回/分		救急隊への指示・注意点等		
血 壓	/	mmHg			
瞳 孔	右 mm	左 mm			
対光反射	右 (+・-)	左 (+・-)			
体 温	°C				

*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）

- 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。
- 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。
- 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。

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。