FAX送付先　日南市消防本部警防課　指令係　FAX番号　**１１９**

**転　院　搬　送　依　頼　書**

令和　　年　　月　　日

日南市消防長　殿

要請元医療機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 転院搬送の要件 | ＊□　全てに該当の場合、消防機関による転院搬送の対象となります。  □　緊急に搬送する必要がある　（傷病名：　　　　　　　　　　　　）  □　他の専門医療機関において治療の必要がある  □　他に適切な搬送手段がない | | |
| 要請元医療機関・担当医師 | 担当医師氏名　： | | |
| 救急車同乗医師看護師氏名： | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） | | | | |
| 住　　所 | | 電話 | | | | |
| ﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝ　　　　時　　分測定 | | | **救　急　車　内　で　の　必　要　な　処　置** | | | |
| 意　　識 | JCS | | O2投与 | * 必要あり   　　㍑／分   * 必要なし | | * リザバーマスク * 点滴処置 * その他 |
| 呼　　吸 | 回／分 | |
| SpO2 | ％ | |
| 脈　　拍 | 回／分 | | その他  （救急隊への指示・注意点） | |  | |
| 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、内容確認の上、署名お願いします）  　　　・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 | | | | | | | |