（別記様式）

要請日　　　　　　年　　月　　日

**転院搬送依頼書**

県央地域広域市町村圏組合　消防長　様

　要請元医療機関名

下記のとおり、転院搬送の要請基準を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| ①緊急性・必要性□にチェック（※次の項目に該当する必要があります） | □　緊急に処置が必要である□　高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難である□　消防機関の救急車以外に適切な搬送手段がない |
| ②要請元担当医師 | 担当診療科： | 担当医師： |
| ③搬送先医療機関 | 名　称： | 電　話： |
| 担当診療科： | 担当医師： |
| ④同乗者（※原則として医師または看護師の同乗が必要です） | □医師　　　　□看護師氏名：　　　　　　　　　　　　　　 | □家族（続柄　　　）□その他（　　　　　　）氏名： |
| ⑤医師等の同乗がない場合 | 理由：□家族に説明済　□搬送先医療機関に説明済 |
|  |  |  |
| **傷病者情報** | 　 | 性　別　（ 男・女 ） |
| 生年月日　　　　　　年　　月　　日（年齢　　　歳） | 電　話 |
| 住　所 | 職　業 |
| 診断名 |
| 既往症 |
| バイタルサイン（測定時間：　　　時　　　分）※可能な限り記入してください | 救急車内で継続又は必要な処置 |
| 呼　吸 | 回／分 | * 酸素吸入（　　　　　　ℓ／分）
* 輸液
* バイタルサイン測定
* その他（　　　　　　　　　　　 　　　）
 |
| ＳｐＯ２ | ％ |
| 脈　拍 | 　　　　　　　　　回／分 |
| 血　圧 | ／　　　　ｍｍＨｇ |
| 意　識 | (JCS・GCS) |
| 瞳　孔 | 右 ｍｍ(＋・－)／左 ｍｍ(＋・－) | 感染症有（　　　　　　　　 　　　　 ）無・不明 |
| 麻　痺 | 無・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 |
| 体　温 | 　　　　　　　　　℃ |
| 備　考 |  |

|  |
| --- |
| 電話番号　　　ファックス番号　メールアドレス諫早消防署　　　　　　　0957-22-0119　 0957-22-0977　 isahayafd119@kenoukumiai.nagasaki.jp諫早消防署西諫早分署　　0957-26-6372　 0957-25-3749　 nisiisahayafd119@kenoukumiai.nagasaki.jp諫早消防署多良見分署　　0957-43-1119　 0957-27-2049 taramifd119@kenoukumiai.nagasaki.jp諫早消防署飯盛分署　　　0957-48-0177　 0957-27-8042　 iimorifd119@kenoukumiai.nagasaki.jp諫早消防署高来分署　　　0957-32-2199　 0957-27-7042　 takakifd119@kenoukumiai.nagasaki.jp大村消防署　　　　　　　0957-52-4138　 0957-52-4199　 oomurafd119@kenoukumiai.nagasaki.jp大村消防署宮小路分署　　0957-55-8017　 0957-27-4049　 miyasyoujifd119@kenoukumiai.nagasaki.jp大村消防署久原分署　　　0957-52-1119　 0957-48-5119　 kubarafd119@kenoukumiai.nagasaki.jp小浜消防署　　　　　　　0957-74-3231　 0957-74-3233　 obamafd119@kenoukumiai.nagasaki.jp小浜消防署愛野分署　　　0957-36-0180　 0957-27-5029　 ainofd119@kenoukumiai.nagasaki.jp |

　　※救急隊到着時にやむを得ず「転院搬送依頼書」を提出できなかった場合は、事後にファックスまたは

メール等で提出くださいますようご協力をお願いいたします。