（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。