

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 <input type="checkbox"/> にチェック（※次の項目に該当する場合があります）	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 氏名：	<input type="checkbox"/> 家族（続柄 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 氏名：
⑤医師等の同乗がない場合	理由： <input type="checkbox"/> 家族に説明済 <input type="checkbox"/> 搬送先医療機関に説明済	

傷病者情報	ふりがな 氏名	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	<input type="checkbox"/> 酸素吸入（ ℓ/分） <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> その他（ ）
S p O ₂	%	
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お願いいたします。