

# 転院搬送依頼書

要請元医療機関名: \_\_\_\_\_

年 月 日

傷病者氏名	T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳)
住 所	(電 話)

搬送先 医療機関	(名 称)
	(担当科) 担当医師氏名

転院理由	<input type="checkbox"/> にチェックしてください。(以下の要件に該当するかをご確認ください)
	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である。(処置内容: _____)
	<input type="checkbox"/> 当該医療機関での治療が困難であり、高次機能病院への搬送を行う必要がある。
	<input type="checkbox"/> 上記の条件を満たす傷病者について、医療機関が所有する患者搬送車、民間の患者等搬送事業者、公共交通機関等、他の搬送手段が活用できない。
※上記全ての要件を満たす場合に、救急業務としての転院搬送に該当します。 尚、緊急性の無い傷病者の ①かかりつけ医への転院 ②家族希望による転院 ③検査目的等の転院は、救急業務としての転院搬送理由に該当しません。	

現在の状況	主 訴
	<診断または病態>

搬送中の 指示事項	処 置 <input type="checkbox"/> 酸素投与 _____ ㍀/分 (マスク・カニューラ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	体 位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位( 右・左 ) <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	<その他指示事項>

バイタルサイン等 (測定時間 : _____)	
意 識	JCS 0・I・II・III-
呼 吸	回/分
SpO <sub>2</sub>	% (O <sub>2</sub> 1)
脈 拍	回/分
血 圧	/
体 温	℃
その他	

現病歴・既往症
※原則として、搬送中の傷病者の管理は、当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。
要請元担当医師氏名:
救急車同乗医師氏名:

- 1 本書の取り扱いについては厳重な管理を行います。
- 2 本書は、救急隊員に直接手渡しをお願いします。(緊急で準備できない場合は必要ありません。)
- 3 本書以外の情報について提供を求めることがありますので、よろしくお願いたします。

# 記入例

【粕屋南部消防組合消防本部】

## 転院搬送依頼書

要請元医療機関名: ○○病院

○○年 ○○月 ○○日

傷病者氏名	○○○ ○○○ T <sup>S</sup> H・R ○○年 ○月 ○日生 (○○歳)
住 所	糟屋郡○○町○○ ○-○-○ (電 話) ○○○-○○○-○○○○

搬 送 先 医療機関	(名 称) ○○救急救命センター
	(担当科) ○○科 担当医師氏名 ○○ ○○ 医師

転院理由	<input type="checkbox"/> にチェックしてください。(以下の要件に該当するかをご確認ください)
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である。(処置内容: )
	<input checked="" type="checkbox"/> 当該医療機関での治療が困難であり、高次機能病院への搬送を行う必要がある。
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の条件を満たす傷病者について、医療機関が所有する患者搬送車、民間の患者等搬送事業者、公共交通機関等、他の搬送手段が活用できない。
※上記全ての要件を満たす場合に、救急業務としての転院搬送に該当します。 尚、緊急性の無い傷病者の ①かかりつけ医への転院 ②家族希望による転院 ③検査目的等の転院は、救急業務としての転院搬送理由に該当しません。	

現在の状況	主 訴	○○○
	<診断または病態>	
	○○○○	

搬送中の 指示事項	処 置 <input checked="" type="checkbox"/> 酸素投与 ○○ l/分 (マスク <sup>S</sup> カニューラ) <input type="checkbox"/> その他( )
	体 位 <input checked="" type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位(右・左) <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> その他( )
	<その他指示事項>(例: 酸素投与についてはSPO <sub>2</sub> 95%を目標にすること 等)

バイタルサイン等 (測定時間 ○○:○○ )	
意 識	JCS0・I <sup>S</sup> II・III-○○
呼 吸	○○ 回/分
SpO <sub>2</sub>	○○ % (O <sub>2</sub> ○l)
脈 拍	○○ 回/分
血 圧	○○ / ○○
体 温	○○. ○ °C
その他	例:心電図所見等

現病歴・既往症	
○○○○	
○○○○	
※原則として、搬送中の傷病者の管理は、当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。	
要請元担当医師氏名: ○○ ○○	
救急車同乗医師氏名: ○○ ○○	

- 1 本書の取り扱いについては厳重な管理を行います。
- 2 本書は、救急隊員に直接手渡しをお願いします。(緊急で準備できない場合は必要ありません。)
- 3 本書以外の情報について提供を求めることがありますので、よろしくお願いたします。