

救急車による転院搬送依頼書

年 月 日

(依頼先)
堺市消防局長

依頼医療機関名

担当医師名

当医療機関において、治療が困難であり、かつ緊急に他の医療機関に救急搬送する必要のある傷病者が発生しましたので転院搬送を依頼します。

①	ふりがな		年 月 日生
	氏 名		男 ・ 女 (歳)
	住 所		
②	傷 病 名		
③	転 院 理 由 (□に✓)	☐ 処置困難 ☐ ベッド満床 ☐ 専門外 ☐ 入院施設なし ☐ その他 ()	
④	転 院 先 医 療 機 関 名		診療科目 科
			連絡医師名 医師
⑤	同 乗 者 (□に✓)	☐ あり (医師 ・ 看護師 ・ その他 ()) ☐ なし (同乗なしの場合) → ☐ 救急隊のみでの搬送についての患者等説明	
⑥	バイタルサイン (時 分現在)		⑦
	意 識	JCS=	
	呼 吸	回/分	
	脈 拍	回/分	
	血 圧	/ mmHg	
	SPO ₂	ルームエアー _____ % 酸素 L/分投与下 _____ %	
	体 温	℃	
その他			
		転院搬送途上、必要な処置等 (□に✓) ☐ 酸素投与 (L/分) ☐ 人工呼吸器 (mL/回 ・ 回/分) ☐ 輸液 () ☐ その他 () ☐ 搬送体位 〔 仰臥位 ・ 側臥位 (右・左) 坐 位 ・ 半坐位 ・ 膝屈曲位 ショック体位 ・ 腹臥位 〕	

- ※ 転院搬送時は、原則、医師又は看護師の同乗が必要です。できない場合は、患者、家族等に説明し、了承を得てください。
- ※ 転院搬送依頼時は、本依頼書を作成いただき、救急隊長へお渡しください。
- ※ 心肺蘇生や処置のため、本書作成が困難な場合は、直接救急隊長へ内容を伝えてください。