

# 救急車による転院搬送依頼書

年 月 日

堺市消防局 救急隊長 様

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

当該医療機関において、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がある傷病者が発生しましたので、下記のとおり、転院搬送を依頼します。

①	ふりがな	年 月 日生
	氏 名	男 ・ 女 ( 歳)
②	傷 病 名	
③	転 院 理 由	<input type="checkbox"/> 処置困難 <input type="checkbox"/> ベッド満床 <input type="checkbox"/> 専門外 <input type="checkbox"/> 入院施設なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり ( 医師 ・ 看護師 ・ 施設職員 ・ 家族 ・ その他 ) <input type="checkbox"/> なし
⑥	最終バイタルサイン ( 時 分現在)	
	意 識 (JCS)	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> Ⅰ桁 ( 1・2・3 ) <input type="checkbox"/> Ⅱ桁 ( 10・20・30 ) <input type="checkbox"/> Ⅲ桁 (100・200・300)
	呼 吸	回/分
	脈 拍	回/分
	血 圧	/ mmHg
	SPO <sub>2</sub>	ルームエア— % ⇒酸素 L/分投与下 %
	体 温	℃
	そ の 他	
⑦	転院搬送途上、必要な処置等	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 )	
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 ( L/分) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( mL/回 ・ 回/分)	
	<input type="checkbox"/> 輸 液 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	

- ※ 転院搬送時は、出来る限り医師又は看護師の同乗をお願いいたします。
- ※ 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。項目の全てを記入できなくても結構です。本依頼書を作成する余裕がなく、緊急性が高い場合等は、直接救急隊長へお伝えください。
- ※ より円滑な「救急搬送と受入れ体制」に、ご理解とご協力をお願いいたします。