

(宛先)福岡市消防局長

医療機関名

代表者名

転院搬送依頼書

緊急性 必要性	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください) <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。		
転院理由	※ 救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。 ※ かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。		
院内経過・ 処置状況			
担当医師	※ 原則として、搬送中の傷病者の管理を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。 担当医師氏名: ----- 救急車同乗医師等氏名:		
搬送先	(名称)	担当科	
医療機関	(住所)	TEL	連絡医師名

傷病者情報

傷病者氏名	(ふりがな) 様 (年齢) 歳 (生年月日) T・S・H 年 月 日		
住所	(電話)		
バイタルサイン等	時間	測定	救急車内で必要な処置
意識	JCS	搬送体位	回 / 分 <input type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> その他()
呼吸	回 / 分	O2投与 <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	
SpO2	%		
脈拍	回 / 分	その他 (救急隊への指示・注意点)	
血圧	/		
瞳孔	右 mm : 左 mm		
対光反射	右(+・-) 左(+・-)		
体温	℃		

※署名欄(医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名をお願いします。)

・上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に救急車内での必要な処置の指示を記載しています。

・傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分に説明しています。

担当医師:
緊急連絡先:

記入例

(宛先)福岡市消防局長

医療機関名 ○○病院

代表者名 福岡 太郎

転院搬送依頼書

緊急性 必要性	□にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。		
転院理由	※ 救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。 ※ かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。 当医療機関では治療困難		
院内経過・ 処置状況	緊急に手術をする必要がある		
担当医師	※ 原則として、搬送中の傷病者の管理を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。 担当医師氏名： 福岡 次郎 ----- 救急車同乗医師等氏名： 福岡 三郎(医師)		
搬送先	(名称) ○○救命救急センター	担当科	
医療機関	(住所) ○○区●●1丁目1-1	TEL ○○○-△△△△	連絡医師名 博多 三郎

傷病者情報

傷病者氏名	(ふりがな)	様(年齢)	歳(生年月日) T・S・H	年 月 日
住所	(電話)			
バイタルサイン等	時間	測定	救急車内で必要な処置	
意識	JCS 1	搬送体位	<input checked="" type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> その他() ・心電図モニター装着 ・起坐位搬送 ・搬送中のバイタル変化に注意 ・湿性ラ音著名 et C...	
呼吸	24回/分	02投与 <input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし		
SpO2	94%			
脈拍	90回/分	その他 (救急隊への指示・注意点)		
血圧	100/60			
瞳孔	右 3 mm : 左 3 mm			
対光反射	右 (+) (-) 左 (+) (-)			
体温	36.5 °C			

※署名欄(医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名をお願いします。)

・上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に救急車内での必要な処置の指示を記載しています。
・傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分に説明しています。

担当医師:

緊急連絡先:

(宛先)福岡市消防局長

記入例

医療機関名 ○○病院
代表者名 福岡 太郎

医療機関名と代表者氏名を必ず記入してください。

緊急性について、両方の要件を満たすことを確認し、チェックをお願いします。

転院搬送依頼書

□にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください)

- 緊急性・必要性
[] 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。
[] 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。

転院の理由と院内の院内の経過等を具体的に記載をお願いします。

転院理由
※ 救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。
※ かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。

当医療機関では治療困難

院内経過・処置状況
○○が疑われ、緊急に手術をする必要がある

担当医師及び救急車同乗医師等の名前を必ず記入をお願いします

担当医師
※ 原則として、搬送中の傷病者の管理を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。
担当医師氏名: 福岡 次郎
救急車同乗医師等氏名: 福岡 三郎(医師)

搬送先 (名称) ○○救命救急センター 担当科 ××科
医療機関 (住所) ○○区●●1丁目1-1 TEL ○○○-△△△△ 連絡医師名 博多 三郎

傷病者情報

傷病者氏名 (ふりがな) 様(年齢) 歳(生年月日) T・S・H 年 月 日

住所 (電話)

バイタルサイン等 時間 : 測定 救急車内で必要な処置

Table with columns for vital signs (意識, 呼吸, SpO2, 脈拍, 血圧, 瞳孔, 対光反射, 体温) and treatment (搬送体位, リザーバマスク, 心電図モニター装着, etc.)

救急車に同乗する際は、救急車内において、救急隊員に具体的な指示を直接お願いします。

※署名欄(医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名をお願いします。)

・上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に救急車内での必要な処置の指示を記載しています。
・傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分に説明しています。

救急車に同乗できない場合は、患者のバイタル及び救急車内での処置を具体的に記入の上、署名をお願いします。

担当医師:
緊急連絡先: