

(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	☐ 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) 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	
呼吸	回/分	O2投与 ☐ 必要あり ☐ 必要なし	☐ リザーバーマスク ☐ その他()
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:

(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) ☒ 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)	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		
呼吸	24回/分	☒ 必要あり O2投与 ☐ 必要なし	☒ リザーバーマスク ☐ その他()	
SpO2	94%	その他 (救急隊への指示・注意点)	6 リットル / 分	
脈拍	90回/分		・心電図モニター装着	
血圧	100/60		・起坐位搬送	
瞳孔	右 3 mm : 左 3 mm		・搬送中のバイタル変化に注意	
対光反射	右(+)・左(+)		・湿性ラ音著名 et	
体温	36.5 °C	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:

様式第1号

(宛先)福岡市消防局長

記入例

年 月 日
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。

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)		
	☒ 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必要と判断され、他の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	○○が疑われ、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る。 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

転院の理由と院内の院内の
経過等を具体的に記載願
いします。

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。

傷病者情報

傷病者氏名	(ふりがな)	様(年齢)	歳(生年月日)	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		☒ リザーバーマ ☐ その他(
呼吸	24回/分	☒ 必要あり O2投与 ☐ 必要なし	6 分 / 分	
SpO2	94%	その他 (救急隊への指示・注意点)		・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 C. . . et
脈拍	90回/分			
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:				

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。

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
願いいたします。