転院搬送依頼書

岡山市消防局　消防長　殿　　記載日：　　年　　月　　日

要請元医療機関	医療機関名：		
	依頼医師名：	緊 急 連絡先	－　　－
転院搬送の理由 **※原則として①～③のすべての要件を満たすことが必要**	□ ①病状が重篤・不安定で緊急に処置が必要 □ ②高度・専門医療等が必要で要請元医療機関で治療が困難 □ ③救急車以外の搬送手段がない □その他（　　）		
同乗者 **※医師又は看護師が同乗できない理由の説明・同意**	□医師　□看護師 □家族　□その他（　　）　□なし		
	※医師又は看護師が同乗できない理由 （　　）		
	※医師又は看護師が同乗できないことを患者及び家族に説明　□済　□未 ※医師又は看護師が同乗できないことを搬送先医療機関に説明　□済　□未		
搬送先医療機関名	（連絡先　　－　　－　　）		
診療科及び 受入れ医師名	□救急科　□その他（　　科）		
	□確定（　　医師）　□未定		

傷病者情報		
フリガナ		生年月日 年　月　日生 年齢　歳
氏名	（□男　□女）	
住所		
病名又は症状		
救急車内で必要な医療処置	□輸液（輸液ポンプ　□あり　台　□なし） □酸素吸入（　　ℓ/分）　□気管挿管　□気管切開 □尿道カテーテル留置　□固定 □その他（　　）　□特になし	
バイタルサイン ※院内最終	意識：JCS（　　）　体温：　℃ 血圧：　／　mmHg　脈拍：　回／分 呼吸：　回／分　SpO2：　％	

※該当する項目をチェックして、必要事項を記入の上、通信指令室（情報指令課）にFAX送信し、救急車到着後、依頼書原本を手交してください。（FAX番号：086－253－9984）