

転院搬送依頼書

年 月 日

泉州南消防組合 救急隊 様

要請元医療機関名

1	<p>以下のことを要請元医療機関の医師が判断している</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 他に適切な搬送手段がない</p> <p><input type="checkbox"/> 転院先医療機関が確定している</p>
2	<p>要請元医療機関・ 依頼医師情報</p> <p>依 頼 医 師 氏 名 _____</p>
3	<p>要請元医療機関・ 同乗者情報</p> <p><input type="checkbox"/> あり (医師・看護師・その他「 _____ 」)</p> <p>同 乗 者 氏 名 _____</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
4	<p>転院先医療機関情報</p> <p>医 療 機 関 名 _____</p> <p>連 絡 先 _____</p>
<p>救急車内で必要な処置等</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素 _____ l / 分    <input type="checkbox"/> 点滴 有 ・ 無    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p>その他指示事項</p>	
<p>可能な限りご記入ください。</p> <p>【バイタルサイン】 時 分</p> <p>◆意識： JCS I II III - ( )      ◆血圧： _____ / _____ mmHg</p> <p>◆呼吸： _____ 回/分                      ◆瞳孔： R _____ mm L _____ mm</p> <p>◆SpO2： _____ %                      ◆対光反射：R (+ -) L (+ -)</p> <p>◆脈拍： _____ 回/分                      ◆体温： _____ °C</p>	

救急隊メモ欄 (記入しないで下さい)

傷病者名 \_\_\_\_\_ 男・女    出場指令日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

生年月日 \_\_\_\_\_    家族等同乗者氏名 \_\_\_\_\_

出場隊名 \_\_\_\_\_ 救急隊    転院理由  処置困難  ベッド満床  専門外

入院施設なし  その他 ( \_\_\_\_\_ )