別記様式

転 院 搬 送 依 頼 書

年　　月　　日

（依頼先）長崎市消防局

機関名

担当医師

1　転院搬送要請基準等

要請基準	※全てに該当しなければ搬送できません。□に✔チェックしてください。				
	□ 緊急に処置が必要である □ 要請元医療機関において治療が困難である □ 消防局の救急車以外の搬送手段が活用できない				
転院理由	※具体的な理由を記入してください。				
確認事項	※搬送要請前に、次の事項を確認してください。				
	① あらかじめ搬送先医療機関を決定し、受入れの了解が得られている ② 原則として、搬送先医療機関は、長崎市消防局管内（長崎市、長与町及び時津町）である ③ 原則として、医師又は看護師が同乗する				
搬送先医療機関情報	機関名		担当医師・科目	電話番号	
要請元医療機関情報	同乗者	□ 有 □ 無	氏名	□ 医師 □ 看護師	

2　傷病者情報

ふりがな		生年月日	M・T・S・H・R 年　月　日（　　歳）	性別	□ 男 □ 女
氏　名					
住　所		電話番号			
診 断 名		既 往 歴			

【バイタルサイン】（　　時　　分現在）

- 意識：JCS　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　―（　　　　）
- 脈拍：　　　　回/分（整・不整）
- 呼吸：　　　　回/分
- 血圧：　　/　　mmHg
- SPO_2：　　　　%（O_2　　ℓ/分投与）
- 体温：　　　　℃

【必要な処置】

- □ バイタルサイン測定
- □ 輸液の継続
- □ 酸素投与（　　　ℓ/分）
- □ その他（　　　　　　　　）

【救急隊が到着した際に、この「転院搬送依頼書」を手渡ししてください。】