

【記入例】

別記様式

転院搬送依頼書

令和〇年〇月〇日（依頼日）

（依頼先）長崎市消防局

機関名 〇〇病院
担当医師 〇〇 〇〇

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。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である <input checked="" type="checkbox"/> 要請元医療機関において治療が困難である <input checked="" type="checkbox"/> 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。		
	手術のため高次医療機関へ転院を要するもの		
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 〇〇病院	担当医師・科目 〇〇医師（脳外科）	電話番号 095-822-XXXX
要請元医療機関情報	同乗者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名 〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

2 傷病者情報

ふりがな	きゅうきゅう たろう	生年	M・T・S H・R	性	<input checked="" type="checkbox"/> 男
氏名	救急 太郎	月日	〇年〇月〇日（〇歳）	別	<input type="checkbox"/> 女
住所	長崎市〇〇町〇番〇号	電話番号	090-1234-XXXX		
診断名	脳出血	既往歴	高血圧		
【バイタルサイン】（ 〇 時 〇 分現在）					
● 意識：JCS I II III - (2 0 0)		● 脈拍： 5 0 回/分（整・不整）			
● 呼吸： 2 4 回/分		● 血圧： 2 0 0 / 1 2 0 mmHg			
● SPO ₂ ： 9 8 % (O ₂ ℓ/分投与)		● 体温： 3 6 . 5 °C			
【必要な処置】					
<input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン測定		<input checked="" type="checkbox"/> 輸液の継続			
<input type="checkbox"/> 酸素投与（ ℓ/分）		<input type="checkbox"/> 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。】