

転院搬送依頼書

平成 年 月 日

消防本部 消防長 殿(様)

要請元医療機関名 印
 要請判断 医師名 印

本搬送については、当医療機関の管理と責任の下、搬送を依頼します。

転院搬送要件基準	<input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関(高度医療・専門医療)に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療が困難である。 <input type="checkbox"/> 他に適切な搬送手段がない。			
転院搬送理由	※かかりつけ医への転院、家族の希望、検査目的等は救急業務における転院搬送理由に該当しません。			
搬送途中の傷病者の容態について	<input type="checkbox"/> 搬送途中、傷病者の容態変化の可能性はありません。 <input type="checkbox"/> 搬送途中、傷病者の容態変化の可能性がります。			
医師・看護師等同乗	同乗医師	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同乗看護師	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	同乗医師・看護師氏名			
搬送先医療機関	※あらかじめ要請元医療機関で搬送先医療機関へ受入要請確認をしてください。			
	医療機関名			
	担当科・医師名			
	連絡先(TEL)			

傷病者情報

住所			
フリガナ氏名	職業		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 才 男・女
傷病名			既往歴
救急隊へ依頼する処置			
※署名欄 医師・看護師が同乗できない場合は、内容をご確認の上、署名をお願いします。 ・今回の転院搬送について医師より説明を受け、搬送に同意します。			
		氏 名	
		傷病者との関係	
・上記転院搬送について救急車に同乗することはできませんが、傷病者・家族・搬送先医療機関担当医に了承を得ております。			
		担当医師	