令和 　　年　 　月　 　日

（宛先）徳島中央広域連合消防本部　消防長

医療機関名

代表者氏名

転　院　搬　送　依　頼　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急性  ・  必要性 | □にチェックをお願いします。（以下の要件に該当しているかご確認ください。）  □　緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。  □　当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。 | | | |
| 転院理由 | ※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。  ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由には該当しません。 | | | |
| 疑われる疾患  ・  処置状況 |  | | | |
| 担当医師 | ※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。 | | | |
| 担当医師氏名： |  | | |
| 救急車同乗医師等氏名： |  | | |
| 搬送先  医療機関 | （名称） | | 担当科 |  |
| （住所）  TEL | | 連絡医師名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷　病　者　情　報 | | |  | | | | | | | |
| 傷病者氏名 | | ふりがな | | 様 | 生年月日 | | T・S・H・R　 　年　 　月　 　日（　 　歳） | | | |
| 傷病者住所 | |  | | | | | 緊急連絡先 | |  | |
| バイタルサイン等　時間　　：　　測定 | | | 救急車内で必要な処置 | | | | | | | |
| 意識 | JCS | | 搬送体位 | | | | |  | | |
| 呼吸 | 回／分 | | O2投与 | | | * 必要あり | | ㍑／分 | | □　リザーバーマスク |
| SpO２ | ％ | | * 必要なし | | □　その他（　　　　　　　　） |
| 脈拍 | 回／分 | | その他  （救急隊への指示・注意点） | | | | |  | | |
| 血圧 | ／ | |
| 瞳孔 | 右　　　㎜　左　　　㎜ | |
| 対光反射 | 右（＋・－）　左（＋・－） | |
| 体温 | ℃ | |
| ※署名欄（医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名お願いします。）   * 上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に車内での必要な処置の指示を記載しています。 * 傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。   担当医師：  緊急連絡先： | | | | | | | | | | |

**記入例**

令和 　　年 　　月 　　日

（宛先）徳島中央広域連合消防本部　消防長

**医療機関名と代表者氏名を必ず記入して下さい。**

医療機関名　　　**〇〇病院**

**緊急性について、両方の要件を満たすことを確認し、チェックをお願いします。**

代表者氏名　　　**徳島　太郎**

転　院　搬　送　依　頼　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急性  ・  必要性 | □にチェックをお願いします。（以下の要件に該当しているかご確認ください。）  ☑　緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。  ☑　当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。 | | | |
| 転院理由 | ※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください  ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由には該当しません。  **当医療機関では治療困難**  **転院の理由と疑われる疾患等を具体的に記載お願いします。** | | | |
| 疑われる疾患  ・  処置状況 | **〇〇が疑われ、緊急に手術をする必要がある** | | | |
| 担当医師 | ※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。 | | | |
| 担当医師氏名： | **徳島　二郎** | | |
| 救急車同乗医師等氏名： | **徳島　三郎（医師）**  **担当医師及び救急車同乗医師等の名前を必ず記入お願いします。** | | |
| 搬送先  医療機関 | （名称）　**〇〇救命救急センター** | | 担当科 | **〇〇科** |
| （住所）　**〇〇市□□町１－１**  TEL　　**〇〇〇－△△△－□□□□** | | 連絡医師名 | **吉野川　太郎** |

**救急車に同乗できない場合は、患者のバイタル及び救急車内での処置を具体的に記入の上、署名をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷　病　者　情　報 | | |  | | | | | | | |
| 傷病者氏名 | | ふりがな | | 様 | 生年月日 | | T・S・H・R　 　年　 　月　 　日（　 　歳） | | | |
| 傷病者住所 | |  | | | | | 緊急連絡先 | |  | |
| バイタルサイン等　時間　　：　　測定 | | | 救急車内で必要な処置 | | | | | | | |
| 意識 | JCS | | 搬送体位 | | | | |  | | |
| 呼吸 | 回／分 | | O2投与 | | | ☑　必要あり | | **６**　㍑／分 | | ☑　リザーバーマスク |
| SpO２ | ％ | | * 必要なし | | □　その他（　　　　　　　　） |
| 脈拍 | 回／分 | | その他  （救急隊への指示・注意点） | | | | | **・心電図モニター装着**  **・起座位搬送**  **・搬送中のバイタル変化に注意**  **・湿性ラ音著明　等**  **救急車に同乗する際は、救急車内において、**  **救急隊員に具体的な指示を直接お願いします。** | | |
| 血圧 | ／ | |
| 瞳孔 | 右　　　㎜　左　　　㎜ | |
| 対光反射 | 右（＋・－）　左（＋・－） | |
| 体温 | ℃ | |
| ※署名欄（医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名お願いします。）   * 上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に車内での必要な処置の指示を記載しています。 * 傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。   担当医師：  緊急連絡先： | | | | | | | | | | |