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　―（　　　　　）  ● 呼吸：　　　　　　回/分  ● SPO2：　　　　　　％（O2　　　ℓ/分投与） | | ● 脈拍：　　　　　　 回/分（整・不整）  ● 血圧：　　　/　　 mmHg  ● 体温：　　　　　　 ℃ | | | | |
| 【必要な処置】  ☐ バイタルサイン測定  ☐ 酸素投与（　　　　ℓ/分） | | ☐ 輸液の継続  ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |