

転院(転送)搬送依頼書

診療所、医院、病院等から他の医療機関への転院(転送)搬送を依頼したときは、当該依頼書に必要事項を記入し、到着した救急隊員に渡してください。

1 依頼日		年	月	日
2 傷病者の情報:				
(ふりがな:)	性別:	生年月日:	
氏名:		男・女	年	月 日(歳)
住所:				
既往症:			緊急連絡先:	
バイタルサイン等:				
意識: JCS	SpO ₂ :	% (O ₂ ℓ / 分)	血圧:	/ mmHg
呼吸: 正常・頻・徐・努力・下顎・無・他()			体温:	
脈拍:	回 / 分	正常・整・不整・弱・不触	その他:	
3 疑われる傷病名・病態:				
4 救急車内で必要な処置:				
酸素投与	必要	ℓ / 分	不要	
その他:				
5 転院(転送)先医療機関名:			担当科・担当医師名:	
転院(転送)先には情報連絡済み				
6 救急車への同乗者:				
医師	看護師	家族	その他()	同乗者なし
7 転院(転送)元医療機関名:			担当科・担当医師名:	

「兵庫県における救急業務としての転院搬送実施基準」(要旨) 平成29年4月1日

- 原則として、以下の条件を満たす傷病者について、医師によって医療機関所有の患者等搬送車両、民間患者等搬送事業者、公共交通機関等、他の搬送手段が活用できないと判断される場合に実施する。
 - 緊急性: 緊急に処置が必要であること。
 - 専門医療等の必要性: 高度医療が必要な傷病者、特殊疾患等に対する専門医療が必要な傷病者等、要請元医療機関での治療が困難であること。
- 要請元医療機関は、原則として、以下の項目を遵守するものとする。
 - あらかじめ転院する医療機関を決定し、受入れの了解を得ておくこと。
 - 原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗すること。やむを得ない理由により同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、患者、家族等の了承を得ること。
 - 転院理由、搬送依頼理由、担当医師名、患者の状態、処置内容等の情報について、転院搬送依頼書等を用いて消防機関に示すこと。

尼崎市消防局 電話: 代表 06 - 6481 - 0119 救急課 06 - 6481 - 3966