|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決　裁 | 署　長 | 救急室 |
|  |  |  |

様式第２号（第１３条関係）

**転院搬送依頼書**

　　年　　月　　日

人吉下球磨消防組合消防長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 下記の傷病者を搬送先医療機関まで搬送することにより、傷病者の容態が悪化し、又は最悪の事態が生じても、責任をもって対応します。  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| 搬送先医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 担当科 |  | 担当医師名 |  |

**傷病者情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断名 |  | 転院理由  □高次医療機関への搬送  □緊急手術が必要  □緊急の専門処置が必要  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 | 生年月日　　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　所 |  | |
| バイタルサイン測定時間　　　時　　分 | | 処置内容・救急隊への引継内容 |
| 意　識 | JCS |  |
| 呼　吸 | 回／分（呼吸困難　有　無） |
| SPO2 | ％　　（酸素　　㍑投与） |
| 脈　拍 | 回／分（　整・　不整） |
| 血　圧 | ／　　　　ｍｍHｇ |
| 体　温 | ℃ |
| 心電図 |  |