様式第１号（第１２条関係）

転院搬送依頼書

人吉下球磨消防組合消防長　様　　年　　月　　日

当医療機関の管理と責任の下、下記のとおり転院搬送を依頼します。

下記欄への記入と、□に✓チェックをお願いします

要請元医療機関	医療機関名：		
	医師名：		
転院搬送の理由 ※原則として全ての条件を満たすことが必要	□緊急に処置が必要であること		
	□専門医療等が必要であること		
	□消防機関の救急車以外の搬送手段がない		
搬送先医療機関	医療機関名：		
	担当科：　　担当医師：		
医師又は看護師の同乗の有無	□有	□医師　□看護師　　同乗者氏名（　　）	
	□無	・医師又は看護師が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、家族等へ説明してください。 ・患者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分に説明してください。	□　搬送先医療機関、患者及び家族等へ説明し了承を得た。

※人吉球磨圏域外へは必ず医師同乗。人吉球磨圏域内において、傷病者の容態について医師が全責任を負う場合に限り医師に代わり看護師を同乗させることができる。また、遠隔地で医師、看護師が長時間不在となる等の地域実情で同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することができる。ただし、生命に危険がある重症傷病者を搬送する場合は、必ず医師を同乗させること。

傷病者情報

フリガナ		生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
氏　　名		
住　　所		
診 断 名		
バイタルサイン 測定時間 （　　時　　分）	意識：JCS（　　）　　血圧：　　/　　mmHg 呼吸：　　回/分（呼吸困難　有　無）　体温：　　℃ 脈拍：　　回/分（　整　・　不整　）　心電図： SP02：　　％（酸素　　ﾘｯﾄﾙ投与）	
処置内容・救急隊への引継ぎ内容		