様式　救急第２号

転　院　搬　送　依　頼　書

年　　月　　日

四国中央市消防長　様

要　請　元
医療機関名

医　師　名

下記のとおり搬送を依頼します

搬送方法	□　救急車　　□ドクターヘリ
転院搬送の要件	※転院搬送は原則として以下の２要件に該当すること。 □　当医療機関において治療困難 □　緊急に他の医療機関に搬送する必要がある
転院搬送の理由	□ ベッド満床　：収容ベッドが満床のため □　専 門 外　：専門医の処置を必要とするため（専門医の不在を含む） □　医師不在　：医師が不在もしくは医師が病気等で対応できないため □　手 術 中　：手術中及び手術準備中のため（重症患者対応中を含む） □　処置困難　：当該傷病者に対処するための設備、資器材等がないため（人手不足、手に負えない場合を含む） □　そ の 他　：（　　）
要請元医療機関の同乗者	□　あ　り　　□医師　　人　　□看護師　　人 □　な　し　　理　由（　　） ※やむを得ず医師・看護師が同乗できない場合、救急隊のみで搬送することについて、患者・家族及び搬送先病院へ説明し、了承を得ること。
転院搬送先病院担当医師情報	医 療 機 関 名 担当科・担当医師名 連　　絡　　先

【傷病者情報】

住　所			
フリガナ 氏　名		電　話	
		職　業	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	性 別	男　・　女
傷 病 名			

バイタルサイン

○意識　JCS　　○ 血圧　　／　　mmHg

○脈拍　　回／分　　○ ＳｐO2　　％

○呼吸　　回／分　　○ 体温　　℃

○その他主訴　（　　）

車内処置	□酸素投与　　ℓ/分　　□点滴　　□その他（　　）