

## 救 急 車 による 転 院 搬 送 依 頼 書

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 救急隊が搬送した3～4時間以内の傷病者の場合、搬送された日時、救急隊を記入ください。<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 1.2em;"> <span>月</span> <span>日</span> <span>時頃</span> <span>救急隊が搬送</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ①<br>転院理由<br>(病名も記載)                                                                                                                                                                                 | ※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。<br><br>※病院都合によるベッド満床、かかりつけ医への転院、家族希望等は転院搬送理由に該当しません。                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ②<br>緊急性の有無                                                                                                                                                                                          | ※救急車で緊急に搬送しなければならない理由を具体的に記入してください。<br><br>※緊急性が認められない転院搬送は救急業務に該当しません。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ③<br>医師又は<br>看護師の同乗                                                                                                                                                                                  | ※救急隊は医療行為ができないため、容態急変に対応するために医師又は看護師の同乗が必要です。<br>※夜間・休日等において救急車に同乗すれば休診になる等、医療機関の診療体制等により同乗が困難な場合は考慮します。その場合は転院先医療機関への申し送りを確実に行ってください。<br>同乗医師名(                      科                      )他(医師    名、看護師    名)                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ④<br>搬送先医療機関                                                                                                                                                                                         | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医療機関名 : _____</span> <span>担当科 : _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>担当医名 : _____</span> <span>連絡先 : _____</span> </div>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ⑤<br>傷病者情報                                                                                                                                                                                           | ふりがな<br>氏 名<br><br>生年月日<br><br>住 所<br><br>バイタル<br>サイン                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 意識: <input type="checkbox"/> JCS= _____ <input type="checkbox"/> GCS= E:    V:    M: _____<br>呼吸数:    回/分    呼吸困難: 有 : 無<br>SpO <sub>2</sub> :    %    RA ・ O <sub>2</sub> ℓ    血圧:    /    mm Hg<br>脈拍数:    回/分    脈拍: 整 ・ 不整<br>瞳孔径 : R    mm (+・-) L    mm (+・-)    瞳孔不同: 有 ・ 無<br>体温 : 正常 ・ 発熱(                      °C)<br>その他 : _____ |
| 現在実施中の処置内容等                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 救急隊の処置                                                                                                                                                                                               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>酸素投与 :                      ℓ</span> <span><input type="checkbox"/>人工呼吸器 : _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>輸液 : _____</span> <span><input type="checkbox"/>その他 : _____</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

転院元医療機関名:
 
 担当医師名:

この転院搬送依頼書は、救急隊による迅速な搬送、救急隊の質の担保、転院先医療機関への確実な情報伝達のために必要な資料ですのでご協力をお願いします。

**救急車は地域の限られた医療資源です。救急車の適正利用にご協力をお願いします。**

(小野市消防本部)