

転院搬送 傷病者情報

別紙様式

【要請元医療機関の方へ】

必要事項をご記入の上、救急隊が到着した際に直接お渡し下さい。
円滑な情報伝達のため、御協力をお願い致します。

転院搬送基本要件 チェック欄	<input type="checkbox"/>	緊急に処置が必要				
	<input type="checkbox"/>	高度・専門医療が必要				
	<input type="checkbox"/>	救急車のほかに適切な搬送手段がない				
※原則三要件を全て満たすことが必要です						
看護師の又は乗	<input type="checkbox"/>	あり	※やむを得ない理由で、同乗できない場合は、患者、家族等へ救急隊のみで搬送することについて説明し、同意を得てください。			
	<input type="checkbox"/>	なし		<input type="checkbox"/>	説明、同意済み	
		医 転 師 院 名 元				
転院先		医 担 転 師 当 院 名 先				
傷病者	氏名	ふりがな	住所			
		性別	男・女	T・S・H・R	年	月
	診断名		特 其 記 他 事 項			
以下については、救急隊の代筆でも可能						
バイタルサイン 院内最終	◆意識 :	JCS	◆搬送中必要な処置等			
	◆呼吸 :	回/分				
	◆脈拍 :	回/分				
	◆血圧 :	/ mmHg				
	◆体温 :	℃				

注意事項 ●原則として、県外への転院搬送には対応できません。(県境と接する地域についてはこの限りではありません。)