

転院搬送依頼書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

依頼医療機関名

転院搬送の要件 (理由)	☐ 緊急性・専門医療等の必要性 ☐ 地域の実情に応じた転院搬送の要件 ※救急車による転院搬送が必要な項目をチェックしてください。 ※ベッド満床、かかりつけ医への転院、家族希望等は救急業務としての転院搬送理由に該当しません。	
要請元医療機関 担当医師情報	担 当 医 師 名 _____ 救急車同乗医師等 _____ 医師等が同乗できない理由 ☐ 直接医師等の処置が必要でないため _____ ☐ その他(_____) _____ ※医師等が同乗できない場合は傷病者及び家族等へ予め説明くださるようお願いいたします。	
搬送先医療機関 担当医師情報	医 療 機 関 名 _____ 担当科・担当医師名 _____ 連絡先(電話番号) _____	
傷病者情報	フリガナ氏 名 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳) _____ 住 所 _____ 電話番号 (_____) _____	
[バイタルサイン]	時 分 意識レベル: JCS I II III - () R・I・A 呼吸: 回/min 脈拍: 回/min 血圧: / mmHg 体温: °C SpO ₂ : % (RA・O ₂ ℓ/min) その他: ()	救急車内で必要な処置等