年　　月　　日

**転院搬送依頼書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 転院理由  （緊急性） | ※□にチェックをお願いします。  □ 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関へ  搬送を行う必要がある。  □ 当該医療機関において治療困難であり、専門治療を行うことができる医療機関へ搬送を行う必要がある。 | | |
| 要 請 元  医療機関 | 医療機関・担当医師名 | | |
| 同乗医師等氏名 | 緊急連絡先 |  |
| 搬 送 先  医療機関 | （名称） | 担　当　科 |  |
| （住所）　　　　　　　　　　　　　　TEL | 連絡医師名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 傷病者情報 | ※可能な限りで、記載をお願いします。 | |
| 傷病者氏名 | （ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日  　　　　　　　　　 　 年 　 月 　日  様　　　 歳 | | |
| 住　所 | TEL | | |
| 院内経過 |  | | |
| バイタルサイン等　　　　時　　　間 | | 救急車内で必要な処置 | |
| 意　識 | JCS | 搬送体位 |  |
| 呼　吸 | 回／分 | □ 必要あり  O2投与  □ 必要なし | □リザーバーマスク  □その他(　　　　)  　　 ㍑／分 |
| ＳｐＯ2 | ％ |
| 脈　拍 | 回／分 | その他  (救急隊への指示・注意点) |  |
| 血　圧 | ／ mmHg |
| 瞳　孔 | 右　 　 ｍｍ  左　　 ｍｍ |
| 対光反射 | 右(＋・－)左(＋・－) |
| 体　温 | ℃ |