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 |  ℃ |