転院搬送依頼書（FAX：079-222-8222）

令和　　　年　　　月　　　日

あて先　姫路市消防局長

依頼医療機関名

依頼者（医師名）

次のとおり救急患者の転院搬送を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者生年月日・  年齢・性別 | 年　　　月　　　日・年齢　　　歳・性別　男　女 | | |
| 転院理由  （重複可） | １　緊急に高度医療が必要  ２　緊急に特殊疾患等の専門治療が必要  ３　緊急手術が必要  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 同乗者 | １　医師（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　看護師（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　関係者（続柄　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　）   * 医師等の同乗をお願いします。 | | |
| 医師の同乗が無い場合の理由 |  | | |
| 傷病名  （疑いを含む） |  | | |
| 搬送先医療機関名 |  | 搬送先連絡医師名 | 科  　　　　　　　医師 |
| 搬送開始時分 | 月　　　　　日　　　　　　時　　　　　分 | | |
| 救急車内での処置 | □　吸引　　□　酸素吸入　　□　人工呼吸　　□　心電図モニター  □　点滴　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 患者バイタルサイン  （　　時　　　分） | 意識　JCS　　　　　　呼吸　　　　　回/分　SpO２　　　　　　％  脈拍　　　　　　回/分　血圧　　　　　/　　　　　mmHg  体温　　　　　　℃　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

（注）１　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に該当しません。

２　緊急性が無い場合は、民間の患者搬送事業者等をご利用ください。

　　　３　救急車要請の直前に119番通報により、出場を要請してください。

　　　４　遠距離搬送（明石以東、赤穂以西）の場合は、ドクターヘリの利用も考慮して下さい。