年　　月　　日

有明広域行政事務組合消防本部
（　　）消防署長　様

転院搬送要請元医療機関名
代表者氏名

転　院　搬　送　依　頼　書

転院搬送の要件	□にチェックをお願いします。（以下二つの要件が、ともに該当しているかご確認ください） □ 緊急に他の医療機関へ搬送する必要がある □ 当医療機関において治療困難	
転院の理由 （傷病名、症状等含む）	※ 救急車による緊急な転院搬送が必要な具体的理由を記入してください。 ※ 緊急性がない場合、またかかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送に該当しません。	
要請元	担当医師名	
	同乗医師等氏名	
搬送先	医療機関名	
	担当医師名	

患者情報

氏名	（ふりがな） 様	（年齢） 歳	（生年月日） T・S・H・R　　年　　月　　日
住所	（電話）		
容態	□ 麻痺　□ 嘔吐　□ 吐血　□ 下血　□ 意識障害　□ 胸痛 □ 腹痛　□ ショック　□ 呼吸困難　□ その他（　　）		

バイタルサイン等	測定時刻	時　　分		血圧	／
	意識	ＪＣＳ		体温	℃
	呼吸	回/分	Sp02　　％	瞳孔	右　　mm：左　　mm
	脈拍	回／分		対光反射	右（＋・－）　左（＋・－）
必要な処置	02投与	リットル／分	□高濃度マスク　□中濃度マスク　□カニューレ		
	救急隊への指示等				