

※本様式は川越地区消防組合のホームページから印刷できます。

(別紙様式)

転院搬送依頼書

年 月 日

川越地区消防局 消防局長 様

医療機関名 _____

要請者氏名 _____

電話番号 _____

下記のとおり、転院搬送を要請します。

転院搬送の要件 ※口内をチェック	<input type="checkbox"/> 緊急に手術 / 処置等が必要である <input type="checkbox"/> 高度医療等が必要である <input type="checkbox"/> 専門医療等が必要である
転院搬送理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記載してください。
要請元担当医師	担当科名 : _____ 担当医師名 : _____
同乗者氏名	1 医師 : _____ 2 看護師等 : _____ 3 付添い : _____
搬送先医療機関	医療機関名 : _____ 住 所 : _____ 連 絡 先 : _____ 担当科名 : _____ 担当医師名 : _____

【傷病者情報】

傷病者名	氏名 (男・女)	生年月日 (歳)
	住所	連絡先
診断名		
バイタルサイン (時 分)		その他必要な情報
意識	JCS -	
呼吸	回/分	
SpO2	%	
脈拍	回/分	
血圧	/ mmHg	
瞳孔	R mm・L mm	
対光反射	R (+ -)・L (+ -)	
体温	°C	