

転院搬送依頼書

年 月 日

(依頼先)
横浜市消防局長

(医療機関名) _____

(医療機関代表者氏名) _____

(担当医師名) _____

	※すべてに該当しなければ転院搬送要請できません。□に✓してください。 ※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理由に該当しません。	
1 転院搬送要請の基準	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要であること <input type="checkbox"/> 要請元医療機関において治療が困難であること <input type="checkbox"/> 消防機関の救急車以外の搬送手段が活用できないこと	
2 転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。	
3 転院搬送先医療機関情報	<input type="checkbox"/> 下記の搬送先医療機関に決定し、受け入れの了解が得られている。 医療機関名 _____ 担当科・担当医師名 _____ 連絡先 _____ 所在地(市外の場合のみ記載) _____	
	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊な疾患等の場合を除き、搬送先地域は、原則、横浜市内又は横浜市隣接医療圏です。 ・搬送先医療機関が決まらない場合は、「神奈川県救急医療中央情報センター(045-242-2199)」の活用を検討してください。 	
4 医師又は看護師の同乗の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 同乗者氏名 _____
	<input type="checkbox"/> 無	医師又は看護師が同乗できない場合には、救急隊のみで搬送することについて患者、家族等へ説明してください。 <input type="checkbox"/> 患者、家族等へ説明した。

患者情報欄

【年齢】 歳 【性別】 男・女 【医療機関測定のパイタルサイン】 時 分 ◆意識 : JCS I II III - () ◆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 ◆その他 : ()	現在実施中の処置・引継ぎ内容等 <input type="checkbox"/> 輸液 () <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ℓ/分) その他必要な処置等があれば記載してください。
---	---

※ 転院搬送依頼書の記載が済みましたら、消防司令センターにFAX送信(原則)したのち、119番通報してください。
消防司令センターのFAX番号は、119番です。

※ 救急隊が到着したら転院搬送依頼書を救急隊に手渡し、申し送りをしてください。