転院搬送依頼書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要請元  医療機関  情報 | 医療機関名 |  | |
| 医師名 | 科　　　　　　　　　　　医師 | |
| 依頼理由 | □　緊急性、専門医療等の必要性があり、救急車以外（医療機関又は民間の患者搬送車、公共交通機関、タクシー等）に搬送手段がない  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 搬送先  医療機関  情報 | 医療機関名 |  | |
| 医師名 | 科　　　　　　　　　　　　　　医師 | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 | ―　　　　　　　　　― | |
| 傷病者  情報  □別紙に記載 | フリガナ |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | □男□女 |
| 住　　　所 | * 不明 | |
| 傷　病　名  （疑い含む） | □疑い | |
| 傷病程度 | 重　症　・　中等症　・　軽　症 | |
| 処置 | □　なし  □　酸素投与（　 　ℓ）　 　□　点滴  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 同乗 | □　医師（　　　名）　　　□看護師（　　　名）  □　医師・看護師 同乗なし（搬送先医療機関及び家族等へ説明済み）  □　家族等（　　　名）　 □家族等同乗なし | | |

　　　　　　　　　　　　　　依頼日：　　　　年　　　月　　　日

※可能な範囲で記載してください。

※該当する項目に☑してください。

※別添資料があり、重複する内容は省略できます。

**西春日井広域事務組合消防本部**