本依頼書は、**北広島町に所在する医療機関**が使用するための様式です。

依頼先：北広島町消防本部消防課通信指令係　　ＦＡＸ　０８２６－７２－７１７２

要請日　　　年　　月　　日

**転院搬送依頼書**

北広島町消防本部消防長　様

　要請元医療機関名

　要請者氏名

電話番号

**〇ＦＡＸ時に太枠内を記入。ＦＡＸ後太枠以外を可能な範囲で記入し、依頼書原紙は救急隊に手交する。**

**〇依頼書のみでは、救急車は出動できないので、依頼書送付後、必ず１１９番通報をする。**

**〇傷病者が生命の危機にあり、依頼書を記載する余裕がない場合は、１１９番通報による転院搬送の要請を優先して行う。その場合も、速やかに依頼書を作成し、消防機関へＦＡＸする。**

下記のとおり，転院搬送を要請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ①緊急性・必要性□にチェック（※原則として全ての条件を満たすことが必要） | □短時間のうちに治療が行われなければ生命や機能的予後に悪影響を及ぼすおそれがある□高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難□消防機関の救急車以外に適切な搬送手段がない |
| ②要請元担当医師 | 担当医師氏名： | 担当科名： |
| ③搬送先医療機関 | 名称： |
| 担当医師氏名： | 担当科名： |
| 住所： | ＴＥＬ： |
| ④同乗者（※原則として医師又は看護師の同乗が必要） | □医師　　□看護師　　□家族　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）氏名：　　　　　　　　　　　　　　 |
| ⑤医師等の同乗がない場合 | 理由： |
| ⑥傷病者　年齢・性別 | 生年月日　T・S・H　　　年　　　月　　　日（年齢　　　歳）（ 男・女 ） |
| ⑦傷病名 |  |
|  |  |  |
| **以下は、ＦＡＸ時に記入しない。救急隊手交時に記入する。** |
| 傷病者　住所・氏名等 | 住所　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 | 連絡先自宅　　　　－　　　　－　　　　携帯　　　　－　　　　－　　　　 |
| バイタルサイン（測定日時：　　　時　　　分） | 救急車内で継続又は必要な処置 |
| 意識 | JCS | * 酸素吸入（　　　　　　ℓ／分）
* 輸液
* バイタルサイン測定
* その他（　　　　　　　　　　　 　　　）
 |
| 呼吸 | 回／分 |
| ＳＰＯ２ | 　　　　　　　　　　% |
| 脈拍 | 　　　　　　　　　回／分 |
| 血圧 | ／　　　　mmHg | 既往症等 |
| 瞳孔 | 右　　　　ｍm　／　左　　　　mm | 感染症：有（　　　　　　　　 　　　　）無・不明 |
| 体温 | 　　　　　　　　　℃ |
| その他 |  |