

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

- 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。
○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。
○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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 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
	ふりがな 氏名	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	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 (/分)
呼吸	回/分	<input type="checkbox"/> 輸液
SPO ₂	%	<input type="checkbox"/> バイタルサイン測定
脈拍	回/分	<input type="checkbox"/> その他 ()
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		