|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本依頼書は、安芸郡府中町に所在する医療機関が使用するための様式です。 | | |
| 要請先 | 府中町消防本部 | ＦＡＸ：０８２－２８６－０５８０ |

**転院搬送依頼書**

要請日　　　　年　　　月　　　日

府中町消防本部　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後に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、依頼書を送付後、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） | □ 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恐れがある  □ 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（　　　歳）（男・女） | |
| ⑦傷病名 |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下はＦＡＸ時には記入しない。ＦＡＸ後に記入して救急隊に手交する。 | | | | |
| 傷病者情報 | | 住所：  ： | | 連絡先  自宅：  携帯： |
| バイタルサイン等（測定時刻：　　　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） | |
| 呼吸数 | 回／分 | | * 輸液 | |
| ＳｐＯ２ | ％ | | * バイタルサイン測定 | |
| 脈拍数 | 回／分 | | * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 血圧 | ／　　　　　　㎜Ｈｇ | | 既往症等 | |
| 体温 | ℃ | | 感染症：□ 有り（　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　□ 無し・不明 | |
| 瞳孔 | 右：　　　㎜ + - ／ 左：　　　㎜ + - | |
| その他 |  | |