転院搬送要請書

　　　年　　　月　　　日

湖南広域消防局　　消防署長 様

 要請元医療機関名

代表者名

担当医師

電話番号

１ 転院搬送要請情報

|  |  |
| --- | --- |
| 要請基準の確認（原則として全ての条件を満たすことが必要です。☐に✔チェックしてください） | ☐ 緊急に処置が必要である☐ 要請元医療機関での治療が困難である☐ 他に適切な搬送手段がない |
| 転院理由（該当する□に✔チェックし、その他の場合は、その内容を記入してください。） | ☐ 高度医療機関への搬送☐ 緊急手術が必要☐ 緊急に専門処置が必要☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 転院先医療機関情報 | 医療機関名 |
| 担当医師名 |
| 電話番号 |
| 要請元医療機関情報 | 同乗者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　職種 |

２ 傷病者情報

|  |
| --- |
| ふ り が な氏　 名生年月日　　 S・H・R　　　 年　　　 月　　　 日　（　　　　歳）　　男 ・ 女 |
| 住　 所 |
| 傷 病 名 |
| 【バイタルサイン】● 意識：JCS　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　―（　　　　　）● 呼吸：　　　　　　回/分● SPO2：　　　　　　％（O2　　　ℓ/分投与）● 脈拍：　　　　　　回/分● 血圧：　　　/　　　mmHg● 体温：　　　　　　℃● その他：（　　　　　　　　　　　　　　 　） | 救急車内で必要な処置等　☐ 有　☐ 無☐ バイタルサイン測定☐ 酸素投与（　　　　ℓ/分）☐ 輸液の継続☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

３ 転院搬送先医療機関記入欄

 消防局において転院搬送後の検証に活用しますので、転院搬送された傷病者について、

該当する項目（□）にチェック(✓)をお願いします。

　 □　**緊　急**（生命危機に瀕している病態、または急激な悪化や急変が予測される病態である。）

　 □　**準緊急**（時間経過が生命予後や機能予後に影響を及ぼす病態である。）

　 □　低緊急（上記の区分には該当しないが、診療が必要な病態である。）

　 □　非緊急（上記それぞれに該当しない病態である。）