

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必要があります。□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 ● SPO ₂ ： % (O ₂ ℓ/分投与) ● 脈拍： 回/分 ● 血圧： / mmHg ● 体温： °C ● 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。）