別記様式

転　院　搬　送　依　頼　書

令和　　年　　月　　日

東京消防庁

殿

稲城市消防本部

医療機関名

下記のとおり転院搬送の要請基準を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を依頼します。

**○転院搬送依頼情報欄（要請元医療機関において記入してください。）**

**○転院搬送情報欄（下記の情報を救急隊に引き継いでください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１　転院搬送依頼情報** | 転院先医療機関名 | 傷病者氏名 | 担当医師サイン（自筆で記入してください。） |
| **２　要請基準の確認**  （全てに該当しなければ搬送できません。□に✓チェックしてください。） | **要請元医療機関での治療が困難であること**    **他の搬送手段が活用できないと判断されること**  **緊急に処置が必要であること** | | 具体的な転院理由  （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。）  高次医療機関への搬送          緊急手術が必要  緊急の専門処置が必要  その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| * 早期医療機関収容を目的とした、搬送先選定困難な傷病者の一時受     入後の転院搬送依頼に該当する場合は、□に✓チェックしてください。 | | |
|  | | | |
| **【要請元医療機関情報】** | | | |
| 同乗者氏名〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕職種〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |
| **【転院先医療機関情報】** | | | |
| 医師氏名〔　 　　　　　　　 　 　 　　 　　　　　　　　　〕担当科〔 　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |
| **【傷病者情報】** | | | |
| 傷病者生年月日　　T･S･H･Ｒ　　　年　　　月　　　日　(　　　　　歳)  傷病者住所〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　〕 電話番号〔　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　〕  転院元医療機関診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 主な既往症  〔 　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　〕 〔　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　〕  【医療機関測定のバイタルサイン】　（ 　　　　時　　　 　分）  血圧：　　　　　／　　　　㎜Hg  瞳孔：　R　　　ｍｍ（＋・－）　L　　　　ｍｍ（＋・－）  体温：　　　　　　　℃  その他：（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　）  意識：JCS Ⅰ Ⅱ Ⅲ―（　　　　　　　）  呼吸数:　　　　　回／分（呼吸困難　有 ・ 無）  SｐO2:　　　　　％（O2　　　㍑投与）  脈拍数：　　　　　回／分（ 整 ・ 不整）  【現在実施中の処置・引継内容等】  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 〕 | | | |

参考：総務省消防庁「緊急度判定プロトコルVer.1.1　救急現場」

**○転院先医療機関記入欄**

転院搬送の事後検証に活用しますので、搬送された事案について、該当する□に✓チェックしてください。

□ 緊　急（すでに生理学的に生命危機に瀕している病態、又は急激な悪化・急変が予測される病態）

□ 準緊急（時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態）

□ 低緊急（「緊急」、「準緊急」には該当しないが、診察が必要な病態）

□ 非緊急（「緊急」、「準緊急」、「低緊急」には該当せず、医療を必要としない状態）

【転院搬送関係消防本部連絡先】23区：03-3212-2119　多摩地区：042-521-2119　稲城市消防本部：042-377-7119