

転院搬送依頼書

令和 年 月 日

東京消防庁
稲城市消防本部 殿

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。)

| | | | |
|---|--|-------|--|
| 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 <small>(自筆で記入してください。)</small> |
| 2 要請基準 の確認 <small>(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。)</small> | <input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要であること <input type="checkbox"/> 要請元医療機関での治療が困難であること <input type="checkbox"/> 他の搬送手段が活用できないと判断されること | | 具体的な転院理由 <small>(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。)</small> <input type="checkbox"/> 高次医療機関への搬送 <input type="checkbox"/> 緊急手術が必要 <input type="checkbox"/> 緊急の専門処置が必要 <input type="checkbox"/> その他() |
| <small>※ 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。</small> | | | <input type="checkbox"/> |

○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。)

| |
|---|
| 【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 _____ |
| 【医療機関測定バイタルサイン】 (_____ 時 _____ 分) |
| 意 識: JCS I II III—(_____) 血 圧: _____ / _____ mm Hg |
| 呼 吸 数: _____ 回/分(呼吸困難 有・無) 瞳 孔: R _____ mm(+・-) L _____ mm(+・-) |
| S p O ₂ : _____ % (O ₂ _____ %投与) 体 温: _____ °C |
| 脈 拍 数: _____ 回/分(整・不整) そ の 他: (_____) |
| 【現在実施中の処置・引継内容等】 |
| 〔 _____ 〕 |

○転院先医療機関記入欄

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