

(別紙様式)

FAX 084-921-9357

転院搬送要請書

要請日 年 月 日

消防局長様

要請元医療機関名

代表者名

要請元医療機関	担当医師名 連絡先：
適用の有無 (※原則として全ての条件を満たすことが必要)	<input type="checkbox"/> 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おそれがある <input type="checkbox"/> 高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難 <input type="checkbox"/> 消防機関の救急車以外に適切な搬送手段がない
① 転院搬送理由	1. 処置・手術困難 2. ベッド満床 3. 専門外(担当医・医療機関) 4. 検査目的 5. 急性期治療終了 6. その他()
② 搬送先医療機関名	医療機関名
	受入担当科(担当医師名)
③ 当院受診にいたる経過	1. 独歩(自家用車も含む) 2. 現場から救急搬送 3. 他医療機関からの転院 4. 不明(長期入院中のため等) 5. その他()
④ 同乗者	1. 医師 2. 看護師 3. 家族 4. 他() 5. なし() (なしの場合は理由を記載する)
⑤ 傷病者情報	主病名又は主症状
	既往症
	★救急車内で継続、若しくは必要な処置 ・輸液 ・酸素吸入() 0/分 ・バイタルサイン測定 ・その他()

消防使用欄

事案番号：	出動隊名：
-------	-------

転院搬送 傷病者情報

6	119番通報時 お伝えください。	フリガナ 名 前
	7 引継ぎ事項	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
住 所		
電 話		
関係者名		
連 絡 先		
※必要に応じて記入してください。		

※記入して、救急隊が到着した際に渡してください。

【転院搬送要請元医療機関の皆様へ】

○転院搬送で消防救急車を要請される場合は、

転院搬送要請書に必要事項を記入し、指令課へFAXしてください。

(福山地区消防組合消防局指令課 FAX番号：084-921-9357)

その後、119番通報をお願いします。

○傷病者が生命の危機にあり、本要請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ってください。

その場合も、すみやかに転院搬送要請書を記入して必ず指令課へFAXしてください。

○救急隊が到着した際に、転院搬送要請書と併せて傷病者情報を直接救急隊へ手渡してください。

○管外への搬送要請の場合には、別に管外搬送要請書の記入をお願いします。

○転院搬送要請書FAX送付後のキャンセルの場合も連絡をお願いします。