

## 転院搬送依頼書

(依頼先) 鳥栖・三養基地区消防事務組合  
消防本部 消防長

年 月 日

要請医療機関名

担当医師名

転院搬送要件基準	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているか確認ください。)				
	<input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関で処置をする必要がある。 <input type="checkbox"/> 高度医療や専門医療など専門的な治療を行う必要がある。				
転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。 ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。				
医師等の同乗	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。				
	同乗医師	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	同乗看護師	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
搬送先医療機関	(名称)	担当科		担当医師名	

転院搬送の要件を満たさない場合は、病院救急車、患者等搬送事業者(民間救急)、介護タクシーなどを利用ください。

※患者搬送事業所とは・・・

緊急性の低い方の入退院や通院及び転院並びに社会福祉施設の送迎などに、ストレッチャー等を備えた専用車を用いて搬送を実施する民間の事業所をいいます。

鳥栖・三養基地区消防事務組合の認定を受けた患者等搬送事業所(民間救急)

○民間救急あかり24佐賀営業所 ☎0942-96-5800

久留米広域消防本部の認定を受けた患者等搬送事業所(民間救急)

○久留米タクシー(株) ☎0942-32-5500 ○(有)グリーンケアステーション ☎0942-27-8236

○トータルナーシングサービス ☎0942-62-3332 ○ナーシングプロジェクト虹いろ ☎080-9891-7885

○(株)縁 ☎0942-27-5910

傷病者情報						
氏名	(ふりがな)	様	性別	男・女	年齢 生年月日	歳 年 月 日
住所	(電話)					
既往						
測定時間	時 分	救急車内で必要な処置				
意識	JCS	搬送体位	仰臥位・坐位・起座位			
呼吸	回/分		側臥位(右・左)・その他( )			
SpO2	%( )	酸素投与	<input type="checkbox"/> 必要あり ( )			
脈拍	回/分		<input type="checkbox"/> 必要なし			
血圧	/	その他 (救急隊への 指示・注意点)				
瞳孔	右 mm : 左 mm					
対光反射	右(+・-) : 左(+・-)					
体温	℃					

※この用紙は救急活動で使用したのち、直ちに処分いたします。