転院搬送依頼書

年　月　日

転院理由（緊急性）	※ □にチェックをお願いします。 □当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療高度医療あるいは専門治療を行うことができる医療機関へ搬送を行う必要がある。 □当該医療機関において治療困難であり、専門治療を行うことができる医療機関へ搬送を行う必要がある。		
要請元医療機関	医療機関・担当医師名		
	同乗医師等氏名	患者急変時の指示要請先	
搬送先医療機関	（名称）	担当科	
	（住所）　TEL	連絡医師名	

患者情報　※ 可能な限りで、記載をお願いします。

患者氏名	（ふりがな） 生年月日 年　月　日 様　歳
住所	TEL
院内経過	

バイタルサイン等　時間		救急車内で必要な処置	
意識	JCS	搬送体位	
呼吸	回/分	O_2投与　□ 必要あり　□ 必要なし	□ リザーバーマスク　L/分 □ その他（　）
SpO_2	%		
脈拍	回/分	現病歴・その他 （救急隊への指示・注意点）	
血圧	／ mmHg		
瞳孔	右　mm 左　mm		
対光反射	右（＋・－）左（＋・－）		
体温	℃		