転院搬送依頼書

要請元 医療機関 情報	医療機関名	
	医師名	科　　医師
	依頼理由	□　緊急性、専門医療等の必要性があり、救急車以外（医療機関又は民間の患者搬送車、公共交通機関、タクシー等）に搬送手段がない □　その他（　　）
搬送先 医療機関 情報	医療機関名	
	医師名	科　　医師
	住所	
	電話番号	―　　―
傷病者 情報 □別紙に 記載	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）　□男□女
	住　所	□ 不明
	傷病名 （疑い含む）	□疑い
	傷病程度	重　症　・　中等症　・　軽　症
処置	□　なし □　酸素投与（　　ℓ）　□　点滴 □　その他（　　）	
同乗	□　医師（　　名）　□看護師（　　名） □　医師・看護師　同乗なし（搬送先医療機関及び家族等へ説明済み） □　家族等（　　名）　□家族等同乗なし	

依頼日：　　年　　月　　日

※可能な範囲で記載してください。

※該当する項目に☑してください。

※別添資料があり、重複する内容は省略できます。

西春日井広域事務組合消防本部