

記載例

転院搬送依頼書

依頼日： ×× 年 ×月 ×日

要請元 医療機関 情報	医療機関名	〇〇〇〇クリニック
	医師名	× 科 〇〇 医師
	依頼理由	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 誤搬送防止のため必ず記載してください。 </div>
搬送先 医療機関 情報	医療機関名	△△医療センター
	医師名	救急 科 不明 医師
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 救急隊に馴染みの無い医療機関等で、救急隊から求めがあればご回答ください。 </div>
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/>
傷病者 情報	フリガナ	
	氏名	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 誤搬送防止のため、必ず記載してください。 </div>
	生年月日	
	住所	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 紹介状等に記載があり、救急隊が閲覧できる状態でご提供いただければ、左欄の「別紙に記載」へチェックしてください。 </div>
	傷病名 (疑い含む)	急性腹症 <input checked="" type="checkbox"/> 疑い
<input checked="" type="checkbox"/> 別紙に記載	傷病程度	重症・中等症・軽症
処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 酸素投与 (2 ℓ) <input checked="" type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	同乗	
<input type="checkbox"/> 医師 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (1 名) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 家族等 (名) <input checked="" type="checkbox"/> 家族等同乗なし		

※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。