要請日　　　年　　月　　日

**転院搬送引継書**

東広島市消防局長　様

　要請元医療機関名

次のとおり、転院搬送をお願いします。（〇引継書は、可能な範囲内で記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| ①緊急性・必要性□にチェック（※原則として全ての条件を満たすことが必要） | □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□高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難□消防機関の救急車以外に適切な搬送手段がない |
| ②要請元担当医師 | 担当医師氏名： | 担当科名： |
| ③搬送先医療機関 | 名称： | 担当医師名： |
| * 市内　　　　　□市外
 | ＴＥＬ： |
| ④同乗者（※原則として医師又は看護師の同乗が必要） | □医師　　□看護師　　□家族　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤医師等の同乗がない場合 | 理由： |
| ⑥傷病者　年齢・性別 | （年齢　　　歳）（ 男・女 ） |
| ⑦傷病名 |  |
| 傷病者　住所・氏名等 | 住所　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 | 連絡先（家族等）電話番号　　　　－　　　　－　　　　 |
| バイタルサイン（測定日時：　　　時　　　分） | 救急車内で継続又は必要な処置 |
| 意識 | JCS Ⅰ－1 2 3　Ⅱ－10 20 30　Ⅲ－100 200 300 | * 酸素吸入（　　　　　　ℓ／分）
* 輸液　確保部位（　　　　）使用針（　　）G
* バイタルサイン測定（□　　分間隔　□　適時　）
* その他（　　　　　　　　　　　 　　　）
 |
| 呼吸 | 回／分 |
| ＳＰＯ２ | 　　　　　　　　%（　　ℓ／分） |
| 脈拍 | 　　　　　　回／分　(整・不) |
| 血圧 | ／　　　　　mmHg | 既往症等 |
| 瞳孔 | 右　　　mm　／　左　　　mm | 既往歴：有・無（　　　　　　　　　　　　　　　　）感染症：有・無（　　　　　　　　　　　　　　　　）アレルギー：有・無（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 体温 | 　　　　　　　　　　　℃ |
| その他 |  |
| 紹介状：有・無 | 搬送機関先への連絡：有・無 |