

救急隊にお渡しください。

転院搬送申し送り票（ 外来患者 ・ 入院患者 ）

年 月 日

※ 必須記入項目欄

転院搬送理由			
受入医療機関情報	受入医療機関		
	受入承諾医師		
医師同乗の有・無	<input type="checkbox"/> 有（救急隊への指示欄は、省略していただいて結構です） <input type="checkbox"/> 無（看護師等、情報を把握している方の同乗に努めて下さい。）		
救急隊への指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素投与（ _____ ℓ） <input type="checkbox"/> その他（静脈路確保の部位・ゲージ数・滴下速度等） (_____)		
医師が同乗できない場合は、転院搬送先病院の医師の管理下で活動する事に （ 同意します ・ 同意しません ）			
依頼医療機関名 依頼医師名 _____			

傷病者情報	ふりがな 氏名		男・女
	生年月日	T・S・H・R 月 日	年齢
	住所		
	傷病名（疑い含）		
	身体所見・バイタル（SPO2、血圧等）	測定時間（ : ）	
家族連絡	有（関係性： _____ ） ・ 無		

【問い合わせ先：蟹江町消防署消防課 TEL：（0567）95-5121】