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** | 　☐　有（救急隊への指示欄は、省略していただいて結構です）　☐　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** | ☐　なし　　　　　　　　☐　酸素投与　（　　　　　　ℓ）☐　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　　　年月　　　　　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】