

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 )

令和 6 年 〇 月 〇 日

※  必須記入項目欄

転院搬送理由	心筋梗塞疑いで処置困難のため		
受入医療機関情報	受入医療機関	愛知病院	
	受入承諾医師	循環器 愛知医師	
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 checked="" 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 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (静脈路確保の部位・ゲージ数・滴下速度等) 乳酸リンゲル液 右撓側皮静脈 22G 時間100ml/h		
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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません )			
依頼医療機関名	海部クリニック		
依頼医師名	海部 太郎		

傷病者情報	ふりがな氏名	かにえ じろう 蟹江 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	生年月日	T <input checked="" type="checkbox"/> S ・ H ・ R × 年 × 月 × 日	年齢 90
	住所	蟹江町〇〇一丁目〇〇番地	
	傷病名 (疑い含)	心筋梗塞	
	身体所見・バイタル (SPO2、血圧等) 測定時間 (× : ××)	12誘導でII・III・aVfでST上昇、血圧120/80、SPO2 100%	
家族連絡	<input checked="" type="checkbox"/> (関係性 : 妻 ) ・ 無		

【問い合わせ先：蟹江町消防署消防課 TEL：(0567) 95-5121】