

転院搬送依頼書

搬送先医療機関名

要請元医療機関名

搬送先医療機関担当医師名

要請元医療機関担当医師氏名

転院搬送要件	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要で、他の輸送手段では搬送が困難である。 <input type="checkbox"/> 高度・専門医療が必要で要請元医療機関では治療が困難である。		
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名	様		
患者住所 電話番号	電話 - -		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
病名・状態			
既往歴			
バイタルサイン (時 分 現在)			
意識レベル	JCS -	呼吸	回/分
脈拍	回/分	血圧	/ mmHg
Spo 2	%	体温	℃

※転院搬送依頼時に記入して、救急隊に渡して下さい。

救急隊記入欄

休日当番医 塩谷地区夜間診療室しおや・くろす