第4号様式の２（第10条関係）

転院搬送依頼書

※救急車による転院搬送の基本要件※

以下の項目すべてに該当しているか確認して下さい (チェックを入れて下さい)

|  |
| --- |
| * 緊急に処置が必要である * 当該医療機関において治療が困難である * 継続処置が必要であること（在宅療養処置含む） * 他に適切な搬送手段がない * 搬送先医療機関が確定している |

令和　　　年　　　月　　　日

搬送先医療機関名 ：

患者氏名（ふりがな） ：

生年月日 ：

要請元医療機関　　 　：

担当医師名　　　　　 ：

要請元医療機関の医師、看護師、准看護師又は救急救命士が同乗できない場合は、搬送中の傷病者の容態急変に係る管理責任は要請元医療機関にあるものとし、救急隊に対し、搬送中の傷病者の容態管理や応急処置等の必要な助言を行うとともに、傷病者の急変時に救急救命士が高度な器具を使った気道確保や静脈路確保等を実施する際の指示を速やかに受けられるよう、下記いずれかにチェック☑し記入して下さい。

* 要請元医療機関の代表電話　 医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　□　同上
* 医師直通電話 （　　　　　－　　　　　－　　　　　）
* その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　）