

救急隊に手渡し  事後FAX (いずれかにチェックしてください)

年 月 日

転院搬送要請書

仙台市消防局長 様

要請医療機関名 \_\_\_\_\_

要請者名 \_\_\_\_\_

以下の通り、転院搬送を要請します。

① 要件の確認	次の項目に該当する必要があります。 <input type="checkbox"/> 当医療機関においては治療困難であり、緊急に他の医療機関に搬送 する必要がある。 <small>※ 患者の容態が安定していて緊急を要さない場合は、救急車による搬送要件には該当しません。</small>	
② 転院理由	<input type="checkbox"/> ベッド満床 <input type="checkbox"/> 専門外 <input type="checkbox"/> 処置困難 <input type="checkbox"/> その他 <span style="font-size: 2em;">[ ]</span> <small>※ 検査終了や家族希望によるもの等は理由に該当しません。</small>	
③ 搬送元 担当医師署名		
④ 搬送先医療機関	※類似する名称にご注意ください。	担当科：  担当医師名：
傷病者住所	<small>(事後FAXの場合は、個人情報保護のため記入しないでください)</small> TEL ( )	
ふりがな 氏名	<small>(事後FAXの場合は、個人情報保護のため記入しないでください)</small>	職業： T・S・H・R 年 月 日生 性別：男・女( 歳)
病名		
院内最終バイタルサイン ( 時 分現在)	搬送中に継続又は必要な処置	
意識 JCS-	<input type="checkbox"/> 酸素投与	<input type="checkbox"/> 輸液
呼吸 回/分	<input type="checkbox"/> 脈拍/SpO2 値	<input type="checkbox"/> 血圧
脈拍 回/分	<input type="checkbox"/> 心電図モニター	
瞳孔(対光反射) 右 mm(有・無) 左 mm(有・無)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
血圧 / mmHg	既往症	
ECG		
SpO2 値 % (酸素投与 ㍉)		
体温 °C	感染症：有 ( )・無・不明	
同乗者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※ 太枠内を記入し、救急隊に直接お渡しください。また、保育器が必要な場合は通報時に申し出てください。

※ 傷病者が生命の危機にあり、本要請書を記載する暇がない場合は、①~④のみ記入し  
後日FAXにて以下の連絡先へ御提出下さい。消防局指令課 FAX (022-234-2364)

救急隊使用欄	
年月日	.
災害番号	
救急隊名	

## 遠距離転院搬送要請書（FAX専用）

仙台市消防局長 様

要請医療機関名

担当科名

要請者名

電話番号

下記の通り、遠距離転院搬送を要請します。

## 1 医療機関記入欄

出場日時	年 月 日 ( ) 時 分	
要件の確認	<p>次の項目に該当する必要があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 当医療機関においては治療困難であり、緊急に<u>仙台医療圏外</u>の他の医療機関に搬送する必要がある。</p> <p><small>※患者の容態が安定していて緊急を要さない場合は、消防機関による搬送要件には該当しません。</small></p>	
転院理由	<p><small>※ いわゆる下り搬送や、延期可能な搬送は、消防機関による搬送には該当しません。</small></p>	
担当医師署名		
搬送先医療機関	※類似する名称にご注意ください。	担当科：
		担当医師名：
		電話番号： ( )
	<p>所在地：</p> <p><small>※ 要請医療機関からの搬送時間は、概ね救急車で2時間を超えない範囲であること。 なお、ヘリコプターによる搬送は対応可能な範囲で行うことができるものとする。</small></p>	
傷病者の状態		
救急車内で継続、 又は必要な処置	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> その他 ( )      【保育器使用：有・無】	
同乗者氏名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>※医師の同乗が必須です。</small>	

## 2 消防局記入欄（個人情報保護のため、FAX受信後電話で聴取します。）

傷病者住所	TEL ( )	
ふりがな 氏名	T・S・H・R 年 月 日生	
	男・女 ( 歳)	
傷病名	<p>既往症：</p> <p>感染症：有 ( ) 無・不明</p>	

注意事項：本要請書は、事前にFAXをお願いします。

本要請書のほか、出場日時の直前（10分前程度）に119番通報により出場要請をお願いします。

連絡先：仙台市消防局警防部指令課 電話 022(234)1111

FAX 022(234)2364