

令和 年 月 日

石橋地区消防組合
消防長

様

転院依頼病院・医院名
担当科
医師名
電話番号

科
④

転院依頼について
標記について、下記のとおり転院をお願いいたします。

記

1	転院日時	令和 年 月 日 () 時 分頃
2	転院先病院名 科・Dr名	病院・Tel — — 科・Dr
3	患者住所	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳 性別 男・女
4	傷病名	
5	程度	軽症・中等症・重症
6	同乗者	医師 (有・無) 看護師 (有・無) ※ 無の理由 要請元医療機関が、その管理と責任の下で搬送を行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗願います。同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者、家族等に説明し、了承を得てください。
7	家族同乗	(有・無)
8	依頼科所	救急部・病棟 ()・外来 ()
9	その他	・点滴 (有・無) ・酸素投与 有 ()・無 ・感染症 有 ()・無 ・保育器の必要性 (壬生消防署に1器保有) 有・無 ※患者バイタル (意識、呼吸数、SPO2、脈拍数、血圧、体温) その他必要事項