**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　　　　　　　　　科**

**医師名　　　　　　　　　㊞**

**電話番号**

**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・℡　　　－　　　－**  **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（　　　 ℓ ）・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** | | |