

別紙

# 転院搬送患者情報票

年 月 日

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_

患者情報	
住所 _____	
フリガナ 氏名 _____ 男・女	生年月日 T・S H・R _____ ( 歳)
職業 _____	電話番号 _____
【バイタルサイン】 時 分	救急車内で必要な処置等
◆意識： JCS	
◆呼吸： 回/分	
◆SpO <sub>2</sub> ： %	
◆脈拍： 回/分	
◆血圧： / mmHg	
◆瞳孔： R mm L mm	
◆対光反射： R (+ -) L (+ -)	
◆体温： °C	
◆その他： ( )	

1	<input type="checkbox"/> 当医療機関において治療困難 <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある
2	診断名(疑いも含む)
3	転院搬送元病院・同乗者情報 医 師 ・ 看 護 師
4	転院搬送先病院・担当医師情報 医 療 機 関 名 _____ 担 当 科 ・ 担 当 医 師 名 _____
5	医師又は看護師が同乗できない場合の家族説明