

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 _____ (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 ₂ ： _____ %	
◆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
「転院搬送の要件」 の確認	
2	
診断名(疑いも含む)	
3	医 師 ・ 看 護 師
転院搬送元病院・ 同乗者情報	
4	医 療 機 関 名 _____ 担 当 科 ・ 担 当 医 師 名 _____
転院搬送先病院・ 担当医師情報	
5	
医師又は看護師が同乗 できない場合の家族説明	