

転院搬送患者情報票

依頼医療機関名 _____
来院時刻 _____ 時 _____ 分

フリガナ		T・S	
氏名	_____ 男・女	生年月日	_____ (_____ 歳)
		H・R	

※急性冠症候群(疑いも含む)は以下記入不要

住所	_____		
職業	_____	電話番号	_____
現病等	_____	通院先	_____
【バイタルサイン】		時	分
◆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：	℃		
◆その他：	(_____)		
救急車内で必要な処置等			
1	「転院搬送の要件」の確認	<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		