

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 氏名 _____	男・女	生年月日 _____	T・S H・R _____ (_____ 歳)
------------------	-----	------------	-----------------------------

※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	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 _____	
◆対光反射： R (+ -)		L (+ -)	
◆体温： _____	°C		
◆その他： (_____)			
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		