

消防救急車による緊急転院搬送要請書

神戸市消防局 御中

医療機関名 _____

下記の通り、消防救急車による緊急転院搬送要件を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を要請する。

[要請時記入必須事項] (必ず記入し口に✓チェックしてください。)

1 消防救急車による 緊急転院搬送要件	<input type="checkbox"/> ① 搬送先医療機関にて、緊急処置が必要な病態で、緊急走行での搬送が必要な場合。 <input type="checkbox"/> ② 病院救急車(迎え搬送を含む)がなく、他に緊急走行での搬送手段がない場合。 ※①・②ともに該当しない場合、救急出動できません。	
2 転院理由(診断名)	<input type="checkbox"/> 緊急の高度医療(治療困難) <input type="checkbox"/> 緊急の専門医療(専門外) <input type="checkbox"/> その他() 診断名() 必要な緊急処置()	
3 医療機関情報	搬送元医療機関 担当科() 医師() 病院救急車の所有(有・無) ※病院救急車で搬送可能か確認して下さい。	搬送先医療機関() 担当科() 医師() 病院救急車の所有(有・無) ※搬送先医療機関を決定し、診療情報を提供して下さい。
4 同乗者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師(助産師) 同乗者名() ※同乗なしの場合、その理由を下記から選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 医師又は看護師による管理・処置等必要なし <input type="checkbox"/> その他()	
救急搬送歴	月 日 時頃	救急隊が搬送 (救急出動No.)

[傷病者情報等] (記入できない場合、口頭で申し送るか、診療情報提供書のコピーを別に救急隊に手渡して下さい。)

氏名() (男・女) 生年月日(S・H・R 年 月 日 [歳]) 住所() 電話()	
[バイタルサイン] 時 分	既往症等
意識: JCS () 呼吸数: 回/分 脈拍: 回/分(整・不整) 血圧: / mmHg 体温: °C SpO ₂ : % (O ₂ 投与) 瞳孔: 右 mm (+・-) 左 mm (+・-)	処置・引継ぎ等

[搬送先医療機関記入欄] (転院搬送の事後検証に活用しますので、該当する□に✓チェックしてください。)

緊急走行での搬送が必要な転院搬送かどうかについて、

 検証の必要なし (搬送先医療機関にて、緊急処置が必要な病態で、緊急走行での搬送が必要である。) 検証の余地あり[搬送先医療機関にて、緊急処置が必要な病態ではない。 その他()]

医師コメント[] 医師名[]

※消防救急車による緊急転院搬送ガイドライン(P5)「緊急転院搬送要件に該当しないと考えられる事例」を参照願います。

(神戸市メディカルコントロール協議会承認済様式)