消防救急車による緊急転院搬送要請書

別紙

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**□**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** | **□** 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。  **□** 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）** | **□** 緊急の高度医療（治療困難）**□** 緊急の専門医療（専門外）**□** 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 | **□** 医師 **□** 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。  [**□** 医師又は看護師による管理・処置等必要なし 　 **□** その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）] | |
| 救急搬送歴 | 月　　　日　　　時頃　　　　　救急隊が搬送　（救急出動№　　　　　　　　） | |

[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。）

|  |  |
| --- | --- |
| （　　　　　　　　　　　　　　 ）（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：　　　　　℃ 　　　　　　　SｐO2：　　　％（O2　 ㍑投与）  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）