

転院搬送依頼書

依頼日： 年 月 日

要請元 医療機関 情報	医療機関名				
	医師名	科	医師		
	依頼理由	<input type="checkbox"/> 緊急性、専門医療等の必要性があり、救急車以外 (医療機関又は民間の患者搬送車、公共交通機関、 タクシー等)に搬送手段がない <input type="checkbox"/> その他()			
搬送先 医療機関 情報	医療機関名				
	医師名	科	医師		
	住所				
	電話番号	— —			
傷病者 情報	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	(歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所				<input type="checkbox"/> 不明
	傷病名 (疑い含む)				<input type="checkbox"/> 疑い
	傷病程度	重篤・重症・中等症・軽症			
処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素投与(℥) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()				
同乗	<input type="checkbox"/> 医師(名) <input type="checkbox"/> 看護師(名) <input type="checkbox"/> 家族(名) <input type="checkbox"/> 同乗なし				

※可能な範囲で記載すること

※別添資料があり、重複する内容は省略可とする

尾張北部地区メディカルコントロール協議会