

別紙

FAX先 大隅肝属地区消防本部指令課

0994-40-3878

年 月 日

宛先 大隅肝属地区消防組合消防長

医療機関名

代表者名

転院搬送依頼書

搬送日時	年 月 日 AM 時 分 頃 PM
緊急性・必要性	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください) <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関
転院理由	※ 救急車による転院搬送が必要な内容を記入してください。
緊急性の有無	※ 救急車で緊急に搬送しなければならない理由を記入してください
担当医師	担当医師氏名 : ----- 救急車同乗医師看護師等氏名:
搬送先医療機関	医療機関名 : 担当医師名 : 科 医師
【転院搬送依頼の手順】 1 「転院搬送依頼書」に必要事項を記入の上FAXにより消防本部指令課へ送信してください。 2 119番通報を行ってください。(必ず行ってください) 3 原本の「転院搬送依頼書」を到着した救急隊員へ手渡してください。	