

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	令和 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。					
傷病名		年齢	歳	性別	男・女	
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 :			又は ドクターヘリ (ドクターヘリを利用する場合は○をお願いします。)		
	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、要請5分前までに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。						
4 ドクターヘリ・ドクターカーを利用する場合は必ず消防署へ連絡をお願いします。						