

年 月 日

転院搬送時傷病者引継書

転院搬送依頼元医療機関
(緊急時の連絡先：TEL -)

転院搬送依頼元医療機関医師氏名

搬送先 医療機関名	担当医師名	TEL	-	-
傷病者氏名等	住所	TEL	-	-
	フリガナ 氏名	男・女：生年月日	年	月 日 (歳)
転院搬送理由 (傷病名等)				
バイタルサイン	院内	時	分	<p>●傷病者になされている医療処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管挿管・輸液・輸血・カテーテル留置 ・気管切開・酸素吸入 ()・保育器 ・固定・止血・被覆・冷却 ・その他 () <p>●救急隊へ依頼する処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保温・心電図モニター・酸素 () ・その他 () <p>※ 該当項目をチェックしてください。</p>
意識	JCS	-		
呼吸		回	/分	
脈拍		回	/分	
血圧	/	mmHg		
体温		℃		
S P O ₂		%		
その他				

【注意事項】

転院搬送依頼元医療機関の皆様へ

- 本引継書は、転院搬送時に医師又は看護師がやむをえない理由で救急自動車に同乗できない場合に、必ず作成してください。
- 転院搬送依頼元の医師は、上記必要事項を記載後、救急隊へ本引継書を直接手渡し、継続医療処置などについて引き継いでください。
- 転院搬送中における傷病者の容態管理責任は、転院搬送依頼元医療機関にあります。
- 市内医療機関への転院搬送を原則とします。
- 本引継書の写しが必要な場合、転院搬送依頼元医療機関にて写しもしくは控えを作成してください。

消防の救急自動車を利用した転院搬送は、下記の4つの要件が全て該当していなければなりません。

- ① 転院搬送依頼元医療機関の医師の判断（要請）によります。
- ② 処置が困難又は専門科目・特殊科目の治療、手術、検査が必要である場合。
- ③ 緊急に他の医療機関での治療が必要である場合。
- ④ 迅速に搬送する適当な手段がない場合。