**転院搬送引継書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **依　　頼　　元**  **医　療　機　関** | | 医療機関名： | |
| 依頼医師名： | |
| **救急車による**  **転院搬送の選択理由**  **（複数選択可）** | | □病状が重篤・不安定　　□本人・家族による移送手段がない  □福祉タクシー等が利用できない　　□搬送先病院からの指示  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **同乗者**  **（医師又は看護師が**  **同乗できない理由）** | | □医師　□看護師 | |
| □家族　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし  ※　医師又は看護師が同乗できない理由  □病状安定かつ医師等による処置が必要ない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **搬送先医療機関名** | | □関門医療センター　　□済生会下関総合病院  □下関市立市民病院　　□下関医療センター  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **診療科及び**  **受入れ医師名** | | □救急科　　□その他（　　　　　　　　　　　　科） | |
| □確定（　　　　　　　　　　医師）　　　□未定 | |
|  | | | |
| **傷　　　病　　　者　　　情　　　報** | | | |
| **フリガナ** |  | | 生年月日  □Ｍ　□Ｔ　 　年　　月　　日生  □Ｓ　□Ｈ  年齢　　　歳 |
| **氏　名** | （□男　□女） | |
| **住　所** |  | | |
| **主病名又は**  **主　症　状** |  | | |
| **なされて**  **いる**  **医療処置** | □輸液（輸液ポンプ　□有 　 　台　□無）  □酸素吸入（　　　　　 ℓ/分）　□気管内挿管　□気管切開  □尿道カテーテル留置　 　　□固定  □その他（　　　　　　 　 　） 　 **□特になし** | | |
| **バイタル**  **サイン**  **時　 分** | 意識：JCS（　　 　　　　）　体温：　　　　　　℃  血圧：　　　　／　　　　mmHg　 脈拍：　　　　　　回／分  呼吸：　　　　　 　回／分 SpO2：　　　　　　％ | | |

**記載日：　　　年　　月　　日**

※該当する項目をチェックして、必要事項を記載してください。