**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。