

転院搬送依頼書

依頼日 年 月 日

要請元 医療機関情報	医療機関名		
	担当医師名		
	依頼理由	<input type="checkbox"/> 緊急性、専門医療等の必要性があり、救急車以外に搬送手段がない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
搬送先 医療機関情報	医療機関名		
	医師名	科	医師
	住所		
	電話番号		
傷病者情報	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	<input type="checkbox"/> 不明	
	傷病名 （疑い含む）	<input type="checkbox"/> 疑い	
	傷病程度	重症・中等症・軽症	
処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素投与（ ） <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
同乗	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 家族（ 名） <input type="checkbox"/> 同乗なし		