

転 院 搬 送 シ ー ト

○ 傷病者情報

ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年 月 日()歳	性別	男・女	
氏名		電話番号	— —			
住所						
傷病名						
転院の経緯						

○ 家族情報

ふりがな		本人との関係	
氏名		電話番号	— —

○ 転院先病院

病院名		担当科	
医師氏名		電話番号	— —

○ 直近の傷病者情報、搬送中の処置、バイタル測定時間[時間/ 時 分 測定]

意識レベル	JCS 0 I II III	呼吸数	回/分	既往歴	
血 圧	/ mmHg	酸素流量	L/分		
脈 拍 数	回/分	最終排尿	時 分	その他(救急隊への指示)	
SpO2	%	最終経口摂取	時 分		
体温	度	ルート	G		

○ 医療従事者の同乗

<input type="checkbox"/> あり(医師 看護師) <input type="checkbox"/> なし	
※署名欄(医師または看護師が同乗できない場合は、内容を確認のうえ、ご署名をお願いします。)	
・上記による転院搬送について救急車に同乗することができませんが、患者・家族に対して同乗できない旨を説明し、了承を得ております。	
・傷病者の容態について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しております。	
医師氏名	緊急連絡先
	— —
記載者	