**様式第1号（第32条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　（累計番号　　　　　　　）**

**転　院　搬　送　要　請　書**

**年　　月　　日**

**消防署長　　殿**

**要請医療機関名**

**及び代表者又は**

**担当医師名**

**下記の医療機関へ搬送していただきたく要請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **搬送日時** | **年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分** |
| **搬送先****医療機関** |  | **担当科** |
| **担当医師** |
| **傷病者住所** | **TEL　　　（　　　）** |
| **ふりがな****氏　　　名** | **年　　月　　日生****年齢　　　歳（男・女）****職業** |
| **要請の概要****又は傷病名** |  | **感染症** |
| **有・無・不明****（　　　　　　）** |
| **要請時バイタルサイン等（可能範囲で）** | **現在の状態（処置・体位等）** |
| **測定時間** | **時　　　　分** |  |
| **意　　識** | **ＪＣＳ　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ―** |
| **呼　　吸** | **回／分** |
| **SPO2** | **％（O2　　　　ℓ）** | **救急車内で必要な処置** |
| **血　　圧** | **／　　　　　㎜Ｈg** |  |
| **脈　　拍** | **回／分** |
| **体　　温** | **℃** | **既　往　症** |
| **瞳孔・反射** | **右　 ㎜（＋・－）左　 ㎜（＋・－）** |  |
| **その他** |  |
| **同乗者氏名** | **□ 医　師　　□ 看護師　　□ 施設職員　　□ その他（家族等）** |

**※保育器使用の場合は、１１９番通報時に申し出ください。**