

搬 送 依 頼 書

年 月 日

（宛先）

上伊那広域消防本部消防長

依頼機関名

医師氏名

㊞

下記の患者について、上伊那広域消防本部救急業務規程に基づき、搬送を依頼します。

記

患者氏名・性別	男 ・ 女
住 所	電話番号
生年月日・職業	M・T・S・H 年 月 日 歳・（ ）
患者の搬送に至るまでの経過、症状及び傷病名	
	・意識（JCS ）（GCS E V M 点）・体温 ℃
	・呼吸 回 ・脈拍 回 ・血圧 / ・SpO2 %
搬 送 日 時	年 月 日 時 分
搬送先医療機関名	
同 乗 医 師 名 又は 同 乗 看 護 師 名	※ 救急車への同乗がない場合は、その理由を明記すること。
その他特記事項	
受 付 欄	（注） 1 転院搬送時の傷病者の管理責任は、搬送先医療機関に収容されるまでは、搬送元医療機関にあるものとする。 2 総合病院からの転院については、医師又は看護師の同乗を必要とする。