

年 月 日

転院搬送引継書

千葉市消防局長 あて

依頼医療機関名
代表者氏名
担当医師名
TEL

以下の項目に☑及び必要事項を記入してください。

転院搬送理由	☐ 1 緊急に処置が必要（緊急） ☐ 2 専門医療等の必要性 ☐ 3 地域の実情により搬送が必要 診断名又は現時点で疑われる推定診断名を記入してください。 []
転院先	医療機関名：診療科・医師名等： ※ 市外医療機関の場合のみ記入 連絡先電話番号：（ ）
傷病者情報	生年月日 ふりがな氏名 T・S・H 年 月 日（ 歳） 住所

下記の情報については、救急隊の代筆でも可能	
医師又は同乗看護師	☐ 有 ☐ 医師 ☐ 看護師 氏 名 ☐ 無 ※ 医師又は看護師が同乗できない場合には、傷病者及び付添いの家族等へ予め説明くださるようお願いいたします。
【バイタルサイン】	救急車内で必要な処置等（有・無）
◆意識：JCS I II III - （ ） R・I・A	酸素（ ℓ/分）
◆呼吸： 回／分	その他
◆SpO ₂ ： % （ ℓ/分） room air %	
◆脈拍： 回／分	
◆血圧： / mmHg	
◆体温： °C	
◆その他（ ）	

医師又は看護師が同乗しない場合は、責任を持って傷病者の病態管理を救急隊へ指示します。

消防局救急課 FAX：043-202-1659

電子メール：kyukyu.FPD@city.chiba.lg.jp

転院搬送救急隊： 救急隊