

年 月 日

転院搬送引継（同乗記録）書

要請元医療機関

医師名

TEL

この傷病者は緊急に処置が必要かつ高度医療等の処置が必要

◆転院搬送に至った理由（症状及び病名等）

[_____]

この引継書は要請元医師が確認しました ドクヘリ対応

※ 搬送中の容体変化等については要請元の医師が責任を負うものとする

搬送先	医療機関名： _____	
	診療科： _____	
	医師名： _____	
傷病者情報	ふりがな _____	生年月日 _____
	氏名 _____	男・女 T・S・H・R _____ 年 月 日（歳）
	住所 _____	緊急連絡先 _____
医師の又は同乗看護師	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 氏名 _____
	<input type="checkbox"/> 無	※傷病者の処置や管理ができる医師又は看護師が同乗できない場合には、責任をもって傷病者の病態管理や処置を救急隊へ指示してください。 同乗できない理由 _____
【バイタルサイン】 時 分現在		救急車内で必要な処置等（有・無）
◆意識：JCS I II III - (0) R・I・A		<input type="checkbox"/> 酸素（ 0/分 <input type="checkbox"/> 血圧測定
◆呼吸： 回/分		<input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> 血中酸素飽和度
◆SpO ₂ ： % (0/分) room air %		<input type="checkbox"/> その他
◆脈拍： 回/分		[_____]
◆血圧： / mmHg		
◆体温： °C		<input type="checkbox"/> 家族への連絡
◆その他 ()		(連絡先)

転院搬送引継(同乗記録)書は、救急隊で保管してください。