

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

有医師 看護師 氏名無

※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

◆意識：JCS I II III - ( ) R・I・A

◆呼吸： 回/分

◆SpO<sub>2</sub>： % ( 回/分) room air %

◆脈拍： 回/分

◆血圧： / mmHg

◆体温： ℃

◆その他 ( )

救急車内で必要な処置等（有・無）

酸素 ( 回/分) 血圧測定心電図モニター 血中酸素飽和度その他

〔 〕

家族への連絡

(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。