転院搬送依頼書

平成　　年　　月　　日

　印西地区消防組合消防長　　様

依頼医療機関名

依頼医療機関代表者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 搬送先医療機関  （必須） | 医療機関名  担当科・担当医師名  連絡先（電話番号） |
| 搬送先医療機関への連絡  （必須） | 有　　・　　　無 |
| 救急車同乗者 |  |
| 救急車内で必要な処置等 |  |
| 【バイタルサイン】　　時　　分  意識  呼吸  SpO2  脈拍  血圧  その他 | |

※本依頼書を救急隊にお渡しください。