

年 月 日

転院搬送引継（同乗記録）書

消防(局)長 あて

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

◆転院搬送に至った症状等

[_____]

この引継書は要請元医師が確認しました。

搬送先	医療機関名： _____	
	診療科： _____	
	医師名： _____	
傷病者情報	ふりがな 氏名 _____	生年月日 男・女 T・S・H 年 月 日 (歳)
	住所 _____	TEL _____
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、責任を持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。	
【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 - () R・I・A		<input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 血圧測定
◆呼吸： 回/分		<input type="checkbox"/> 心電図モニター
◆SpO ₂ ： % (ℓ/分) room air %		<input type="checkbox"/> 血中酸素飽和度
◆脈拍： 回/分		その他 (_____)
◆血圧： / mmHg		
◆体温： °C		
◆その他 ()		

転院搬送救急隊： _____ 救急隊

記入例

年 月 日

転院搬送引継（同乗記録）書
消防(局)長 あて

要請元医療機関名 松山消防クリニック

← スタンプでも可

医師必須
チェック項目

医師名

TEL 〇〇-〇〇〇〇



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

医師必須
チェック項目

◆転院搬送に至った症状等

〔心筋梗塞疑い 呼吸苦 片麻痺等

← 要請元スタッフ又は救急隊が記入可能



この引継書は要請元医師が確認しました。

搬送先

医療機関名：救命病院

診療科：救急科

医師名：救命 太郎

細枠内は要請元スタッフ
又は救急隊が代筆可能
です。

傷病者情報

生年月日

ふりがな

氏名 〇〇 〇〇 男・女 T・S・H 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)

住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇 TEL

医師
又は
同乗
看護師

有

医師 看護師 氏名 〇〇 〇〇

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、責任を持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。

【バイタルサイン】 〇〇 時 〇〇 分現在

◆意識：JCS I II III - (1) R・I・A

◆呼吸： 32 回/分

◆SpO₂： 95 % (10 l/分) room air 88 %

◆脈拍： 120 回/分

◆血圧： 96 / 54 mmHg

◆体温： 35.8 °C

◆その他 ()

救急車内で必要な処置等 有・無)

酸素 (10 l/分) 血圧測定

心電図モニター

血中酸素飽和度
その他

その他、必要な処置や注意事項、
救急隊に申し送る事項等をこの欄
に記入して下さい。

転院搬送救急隊： _____ 救急隊