

# 車 両

様式 8 - 1

## 緊急搬送要請書（傷病者転院搬送用）

医療機関等		消防本部	
発 信	月 日 時 分	受 信	月 日 時 分
発信者		受信者	
受 信	月 日 時 分	発 信	月 日 時 分
受信者		発信者	
TEL		TEL	
FAX		FAX	

要請元機関名（ \_\_\_\_\_ ）

要請元記入

搬送手段	救急車・その他の緊急車両（ _____ ）	
患者 ID	氏名	
	年齢	
	性別	男 ・ 女
	傷病名	集中治療管理が必要な病態、手術など侵襲的処置が必要な病態／ 頭部・体幹・四肢外傷／クラッシュ症候群／広範囲熱傷／その他 （ _____ ）
	病名(疑い)	
	特記事項	
	人工呼吸器	要 ・ 不要
同乗者	氏名・資格	
	連絡先	
搬送先災害拠点病院	名称	
	所在地	
	受入可否	可 ・ 未確認

※医療機関自ら搬送できない場合は統括DMATや災害医療コーディネーターとの調整により搬送先医療機関を確保したうえで、消防本部へ搬送を依頼する。

↓

車両到着予定時刻