

ヘリコプター

様式 8-2

緊急搬送要請書（傷病者転院搬送用）

医療機関等	
発信	月 日 時 分
発信者	
受信	月 日 時 分
受信者	
TEL	
FAX	



医務課	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

要請元機関名（ _____ ）

要請元記入

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	
要請元機関	所在地	
	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
要請機関が患者を搬送できるヘリポート	名称	
	所在地	
	患者到着 予定時刻	

※この様式は特に緊急性が高く、ヘリ以外に搬送することが困難である場合に使用する。



ヘリ到着予定時刻 _____