

第5号様式（第15条関係）

年 月 日

消防署長 様

医療機関名 _____
担当医師名 _____ 印

転院搬送依頼書

次により、転院搬送を依頼します。

傷病者関係データ	住所 市 区 氏名 歳 男 女 生年月日 年 月 日
転院搬送先医療機関名 ※搬送時に救急隊から 搬送先に確認します	市 区 _____ 病院・診療所 担当医師等 科 先生 電話番号 — —
最終バイタルサイン等 (時 分)	呼吸 脈拍 血圧 / 体温 ℃ 血中酸素飽和度 % その他
転院理由 (発症経過等)	
同 乗 者 (氏名・関係)	氏名 関係
特記事項 ※酸素投与量等	