FAX 送付先　通信指令センター　**225-8119**

令和　　年　　月　　日

鹿児島市消防局長　殿

医　療　機　関　名

医療機関代表者氏名　　印

転院搬送依頼書（医師等同乗なし）

1	転院搬送の要件確認	※　他の専門の医療機関において治療の必要がある	はい・いいえ
		※　緊急に搬送の必要がある	はい・いいえ
		※　救急車以外に搬送の手段がない	はい・いいえ
	※　上記要件が全て「はい」の場合のみ、転院搬送依頼書をＦＡＸして下さい。		
2	転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入して下さい。 ※予定された手術等やかかりつけ医への転院搬送は、救急業務に該当しません。	
3	緊急性の有無	※救急車で緊急に搬送しなければならない理由を具体的に記入して下さい。 ※緊急性のない転院搬送は、救急業務に該当しません。	
4	要請元医療機関	担当医師名：　　科　　医師	
5	転院先医療機関	医療機関名： 担当医師名：　　科　　医師	
6	医師等が同乗しない要件の確認（全て該当）	※　患者の容態が安定している。	はい・いいえ
		※　医師等の同乗による病態管理の必要がない。	はい・いいえ
		※　本人及び家族に説明し、同意を得ている	はい・いいえ
		※　搬送先医療機関も了解している	はい・いいえ
	引継ぎ事項		

【転院搬送依頼の手順】

⑴　「転院搬送依頼書」に必要事項を記入の上、ＦＡＸにより消防局通信指令センターへ送信して下さい。

⑵　１１９番通報を行って下さい。
　ただし、転院搬送の要件を満たさない場合は、要請を受けられない場合があります。

⑶　原本の「転院搬送依頼書」は、到着した救急隊員へ手渡して下さい。

※　「転院搬送依頼書」をＦＡＸする暇がない場合は、ＦＡＸ送信は省略できますが、１１９番通報時に、「医師等の同乗がないこと」及び「依頼書を送信する暇がなかった」旨を口頭で伝えてください。