

# 搬 送 依 頼 書

搬送日	令和                      年                      月                      日                      (                      曜日 )		
搬送先  時 間	(                      病院) (                      病棟) ～ (                      病院) (搬送先のご住所 /                      ) (出発時刻                      時                      分) ～ (到着時刻                      時                      分)		
	出発時刻の約15分前に病院へ到着し引継ぎをさせていただきます。(患者様のご病態により早くなる場合があります) また、搬送先病院到着の約10分前、ご担当者様へ到着前連絡をさせていただきます。		
患者様 お名前			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年                      月                      日                      (                      歳 )		
診断名			
現在 病院での 医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 (                      ℓ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 中濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 ) <input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 気切 ) <input type="checkbox"/> 点滴 ( <input type="checkbox"/> 薬剤                      ) <input type="checkbox"/> モニター監視 <input type="checkbox"/> 体位管理 (                      位 ) <input type="checkbox"/> 固定 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 全脊柱 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
搬送中に 継続する 医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 (                      ℓ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 中濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 ) <input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 気切 ) <input type="checkbox"/> 点滴 ( <input type="checkbox"/> 薬剤                      ) <input type="checkbox"/> モニター監視 <input type="checkbox"/> 体位管理 (                      位 ) <input type="checkbox"/> 固定 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 全脊柱 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
その他の 情報	(患者様) <u>病気に対する理解</u> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <u>告知</u> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ご家族) <u>病気に対する理解</u> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <u>告知</u> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 (                      )		

家族様 連絡先	お名前		続 柄	
	連絡先	(                      )	-	

依頼者様 (ご担当者様)	ご所属		お名前	
	連絡先	(                      )	-	

搬送先 (ご担当者様)	ご所属		お名前	
	連絡先	(                      )	-	



# 搬送依頼・ご移動の流れ



## □ ご連絡

京都府支部  
滋賀県支部

TEL 075-708-7899

TEL 077-526-7382



- ご移動の日時はいつですか？
- どこ～どこへのご移動ですか？
- 移動中における医療処置はありますか？

## □ 仮受付

京都府支部  
滋賀県支部

FAX 075-585-2371

FAX 077-516-9009



裏面の搬送依頼書にご記入いただきお送りください  
患者様のお名前はイニシャルで結構です。(フルネームは電話でお聞きします)

## □ 受付完了

FAX を受信後、必要に応じて患者様情報をお聞きいたします。



## □ ご移動日

病院出発の約 15 分前にお迎えに参ります。  
(医療処置の内容などによりお迎え時間が早くなる場合は受付完了時にご連絡いたします)



## □ ご移動

搬送先病院へ到着する約 10 分前、ご担当者様（搬送先）へご連絡させていただきます。(その際、到着口の確認をさせていただきます)



## □ ご移動完了

必要に応じて、関係者様（搬送元のご担当者様など）へ到着の報告をさせていただきます。



## □ 請求書の送付

後日、郵送により請求書をお送りさせていただきます。  
(ご移動日の当日、ご家族様などに郵送先をお聞きいたします)

※患者様のお名前はイニシャルでご記入ください。(お電話にてお聞きいたします)  
※搬送が確定いたしましたら、必要に応じて患者様との面談や詳細な情報提供をお願いすることがあります。医療処置を継続し「安心」「安全」に患者様を目的地へご移動していただくため、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。  
※本搬送依頼書により知り得た患者様の個人情報、細心の注意により取り扱いいたします。  
※ご不明な点やご不安な点がございましたらご連絡をお願いいたします。(24 時間対応)



Medical Support team Japan



一般社団法人  
**救急医療搬送支援協会**  
Emergency medical transport support association

