

転院搬送要請書

年 月 日

鎌ヶ谷市消防長様

要請医療機関の所在

要請医療機関名

要請者氏名

下記のとおり救急車による転院搬送を要請します。

記

被 搬 送 者	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	日生 歳	電話
	傷 病 名			
搬 送 先 医 療 機 関 名				
同乗の医師又は 看護師の氏名	氏名 医師又は看護師の同乗がない場合 ・医師が相当な措置を講じ、搬送中の傷病者の管理上同乗の必要がないと判断した理由 ( )			
救急車による搬 送を必要とする 理由				