

専 門 治 療 患 者 搬 送 届 出 書

令和 年 月 日

斜里地区消防組合消防署

署長 新田 伸一 様

(届出者)

住 所

氏 名

電話番号

(患者との関係:)

下記のとおり届出しますので、掛かり付け医療機関への直接搬送についてよろしくお願いします。

ふりがな 患者氏名 (生年月日)	M・T・S・H・R 年 月 日
住 所 (連絡先)	〒(-) (連絡先)

搬 送 先 医 療 機 関 記 入 欄	
対象傷病名	
診療科名／担当医師名	科 /
直接搬送の対象となる症状	
搬送時における救命士等 による処置等の指示内容	
上記患者の、救急搬送の受入れについて承諾します。 令和 年 月 日 [医療機関名] [代表者名] 印	

受 付 欄	消 防 署 (分 署) 処 理 欄
	上記のとおり、届出書を受理いたしました。 * 救急要請時、救急隊より担当医師へ患者の症状等について報告し、指導及び助言を仰ぎますが、一旦町内の医療機関へ搬送となる場合もあります。 * 登録継続の要否について医療機関から連絡があれば、登録解除の連絡をします。 * その他: