

転院搬送に係る救急車の要請手順

令和7年10月17日

佐賀県東部地区メディカルコントロール協議会承認

鳥栖・三養基地区消防事務組合

この転院搬送に係る救急車要請手順は、消防機関が救急業務として行う転院搬送を適切かつ円滑に実施すること及び救急車の適正利用を推進することを目的とする。

1. 転院搬送とは

現に医療機関に収容されている患者を当該医療機関から他の医療機関に消防機関の救急車を用いて搬送すること。

※高齢者福祉施設などの入居者が急変し、往診した医師の判断により消防機関の救急車を要請した場合は、転院搬送とならない。

2. 転院搬送の要件

転院搬送は、原則として次の①及び②の条件を満たす患者について、転院搬送を要請する医療機関（以下「要請医療機関」という。）の医師の判断により実施するものとする。

①緊急性

搬送先の医療機関において、緊急な処置が必要である。

②専門性

高度医療や専門医療など専門的な治療を必要とし、要請医療機関での治療が困難である。

※ 転院搬送の要件①及び②の条件を満たさない患者は、病院救急車、患者等搬送事業者（民間救急）、介護タクシーなど他の搬送手段を利用すること。

3. 要請医療機関の対応（確認事項）

要請医療機関は、転院搬送を要請する際、上記2の転院搬送の要件を満たす場合、次のとおり対応すること。

①搬送先医療機関の確保及び選定

ア 要請医療機関は、あらかじめ搬送先医療機関を決定し、受け入れの

承諾を得ておくこと。

イ 救急出動体制の確保及び患者への負担軽減のため、長距離搬送を避けて搬送医療機関を選定すること。

ウ 長距離搬送が必要な際は、ドクターヘリ又は防災ヘリでの搬送を考慮すること。

②救急車への同乗

転院搬送は、要請医療機関の医師による管理と責任の下で搬送するため、原則として要請医療機関の医師又は看護師が同乗すること。やむを得ない理由により、医師又は看護師が同乗できないときは、救急隊のみで搬送することについて、要請医療機関の医師が患者若しくは、その家族などに説明するとともに救急車への同乗を求めること。

③転院搬送依頼書の提出

要請医療機関は、転院搬送依頼書（別記様式）を作成し、救急隊に提出すること。ただし、作成する時間がない場合は、口頭により患者情報を伝えること。

④搬送医療機関からの帰り

救急出動体制を確保するため、搬送医療機関からの帰りは、救急車に同乗できない場合があるため、交通手段の確保をすること。

▶ 転院搬送の要件に該当する可能性が低い事案

- ・ベッド満床、医師不在など医療機関の都合によるもの
- ・患者本人、家族の希望によるもの
- ・処置又は検査などが終わった後に、かかりつけ医に戻る搬送
- ・緊急性が認められないもの（終末期医療、予定された人工透析・検査など）

注) 救急ひっ迫時は、救急車の到着が遅れる場合があります。

転院搬送依頼書

(依頼先) 鳥栖・三養基地区消防事務組合
消防本部 消防長

年 月 日

要請医療機関名

担当医師名

転院搬送要件基準	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているか確認ください。)				
	<input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関で処置をする必要がある。 <input type="checkbox"/> 高度医療や専門医療など専門的な治療を行う必要がある。				
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ください。 ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。				
医師等の同乗	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。				
	同乗医師	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	同乗看護師	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
搬送先医療機関	(名称)	担当科		担当医師名	

転院搬送の要件を満たさない場合は、病院救急車、患者等搬送事業者(民間救急)、介護タクシーなどを利用ください。

※患者搬送事業所とは・・・

緊急性の低い方の入退院や通院及び転院並びに社会福祉施設の送迎などに、ストレッチャー等を備えた専用車を用いて搬送を実施する民間の事業所をいいます。

鳥栖・三養基地区消防事務組合の認定を受けた患者等搬送事業所(民間救急)

○民間救急あかり 24佐賀営業所 ☎0942-96-5800

久留米広域消防本部の認定を受けた患者等搬送事業所(民間救急)

○久留米タクシー(株) ☎0942-32-5500 ○(有)グリーンケアステーション ☎0942-27-8236

○トータルナーシングサービス ☎0942-62-3332 ○ナーシングプロジェクト虹いろ ☎080-9891-7885

○(株)縁 ☎0942-27-5910

傷病者情報				
氏名	(ふりがな) 様	年齢 生年月日	歳	年 月 日
住所	(電話)			
既往				
測定時間	時 分	救急車内で必要な処置		
意識	JCS	搬送体位	仰臥位・坐位・起座位	
呼吸	回/分		側臥位(右・左)・その他()	
SpO2	%()	酸素投与	<input type="checkbox"/> 必要あり ()	
脈拍	回/分		<input type="checkbox"/> 必要なし	
血圧	/			
瞳孔	右 mm : 左 mm	その他 (救急隊への 指示・注意点)		
対光反射	右(+・-) : 左(+・-)			
体温	℃			

※この用紙は救急活動で使用したのち、直ちに処分いたします。

転院搬送依頼書（記入例）

（依頼先）鳥栖・三養基地区消防事務組合
消防本部 消防長

令和7年〇月〇日

要請医療機関名 〇〇病院

担当医師名 佐賀 太郎

転院搬送要件基準	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。（以下の要件に該当しているか確認ください。） <input checked="" type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関で処置をする必要がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 高度医療や専門医療など専門的な治療を行う必要がある。				
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ください。 ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由に該当しません。 <div style="text-align: center; padding: 5px;">心臓血管外科の緊急手術適応</div>				
医師等の同乗	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。				
	同乗医師	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同乗看護師	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
搬送先医療機関	(名称)	▲▲病院	担当科	心臓血管外科	担当医師名 〇〇医師

転院搬送の要件を満たさない場合は、病院救急車、患者等搬送事業者（民間救急）、介護タクシーなどを利用ください。

※患者搬送事業所とは・・・

緊急性の低い方の入退院や通院及び転院並びに社会福祉施設の送迎などに、ストレッチャー等を備えた専用車を用いて搬送を実施する民間の事業所をいいます。

鳥栖・三養基地区消防事務組合の認定を受けた患者等搬送事業所（民間救急）

○民間救急あかり 24 佐賀営業所 ☎0942-96-5800

久留米広域消防本部の認定を受けた患者等搬送事業所（民間救急）

○久留米タクシー㈱ ☎0942-32-5500 ○(有)グリーンケアステーション ☎0942-27-8236

○トータルナーシングサービス ☎0942-62-3332 ○ナーシングプロジェクト虹いろ ☎080-9891-7885

○㈱縁 ☎0942-27-5910

傷病者情報					
氏名	(ふりがな) 様	年齢 生年月日	歳	年	月 日
住所	(電話)				
既往					
測定時間	時 分	救急車内で必要な処置			
意識	JCS	搬送体位	仰臥位・坐位・起座位		
呼吸	回/分		側臥位(右・左)・その他()		
SpO2	%()%	酸素投与	<input type="checkbox"/> 必要あり ()%		
脈拍	回/分		<input type="checkbox"/> 必要なし		
血圧	/	その他 (救急隊への 指示・注意点)			
瞳孔	右 mm : 左 mm				
対光反射	右 (+・-) : 左 (+・-)				
体温	℃				

※この用紙は救急活動で使用したのち、直ちに処分いたします。