

平成27年4月1日

各医療機関 殿

釧路市医師会  
事務局

道消防防災ヘリコプター「救急患者の緊急搬送情報伝達票」(様式)  
の改正について

北海道消防防災ヘリコプターによる急患患者の緊急搬送手続要領に定める「救急患者の緊急搬送情報伝達票」様式が、全面的に見直され、平成27年4月1日から稼働する旨の連絡がありましたので、別紙のとおりお知らせ致します。

※尚、本通知文書は当会ホームページ「お知らせ」にも掲載しております。

**釧路市医師会ホームページ URL** <http://www.kushiro-ishikai.or.jp/>

危対第 5131 号  
平成27年3月27日

各市町村担当課長  
各消防本部担当課長 様

北海道総務部危機対策局危機対策課防災航空室長

「救急患者の緊急搬送情報伝達票」の改正について

北海道の航空消防防災業務の推進につきましては、日頃から、格別のご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、北海道消防防災ヘリコプターによる急患患者の緊急搬送手続要領に定める「救急患者の緊急搬送情報伝達票」様式について、全面的な見直しを行いました。

つきましては、新年度から当該様式により要請いただきますとともに、貴職におかれましては、引き続き管内の医療機関と連携していただきながら、消防防災ヘリコプターを用いた救急活動の円滑な運用について、ご配慮いただきますようお願いいたします。

記

- 1 救急患者の緊急搬送情報伝達票（様式改正）  
別添のとおり（記載例添付）
- 2 施行年月日 平成27年4月1日

（ 防災航空室  
電話：011-782-3233  
FAX：011-782-3234 ）

記入例

平成 27 年 4 月 1 日 10 時 05 分

1 要請市町村名	〇〇消防本部	電話	000-000-000	F A X	000-000-000
担当課・職・氏名	△△課	職名	××係長	氏名	〇〇 〇〇
2 依頼病院名	〇〇病院			電話	000-000-000
所在地	〇〇市〇〇区△△町			F A X	000-000-000
担当医師名・科名	〇〇 〇〇	内科	担当課	氏名	〇〇 〇〇
3 受入病院名	丘珠空港内病院			電話	000-000-000
所在地	札幌市東区丘珠町755-11			F A X	000-000-000
担当医師名・科名	〇〇 〇〇	循環器内科	直通内線番号	〇〇 〇〇	
受入病院の了承： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
4 患者氏名 <small>ふりがな</small> 防炎 太郎	生年月日	平成 8 年 4 月 5 日		18 歳	
	体重	60 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	〇〇〇
住所	北海道〇〇市〇〇町			感染症： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
病名	大動脈解離		<input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来： 月 日		
経過	3月30日に外来、診察の結果、経過入院となった。その後、入院加療中、本日未明から血圧の低下傾向を認め、大動脈解離と診断。急遽、専門医による緊急手術が必要となったもの。			血圧： 〇〇 mmHg	脈拍： 〇〇 回/分
				呼吸： 〇〇 回/分	体温： 〇〇 ℃
				意識レベル(JCS)： 〇〇〇	
航空機による搬送が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急性 <input type="checkbox"/> 搬送時間短縮 <input type="checkbox"/> 搬送安定性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (主な理由： 容体の急変により、搬送先病院での緊急手術が必要)				
気圧変化： <input checked="" type="checkbox"/> 影響無し <input type="checkbox"/> 影響有り					
5 受入病院選定理由 (①、②のいずれか記載)					
<input checked="" type="checkbox"/> ①高次・専門医療機関での治療が必要なため (治療内容： 緊急手術)					
<input type="checkbox"/> ②その他 (具体的な理由： )					
6 付添搭乗者	氏名	性別	年齢	体重	その他
医師	〇〇 〇〇	男	〇〇 歳	〇〇 kg	
看護師			歳	kg	
付添人			歳	kg	続柄：
医師・看護師の所属病院： <input checked="" type="checkbox"/> 依頼病院 <input type="checkbox"/> 受入病院 <input type="checkbox"/> その他病院名 ( )					
7 運航上の必要事項 機内に積載する医療資機材等					
資機材名	有	数量	総重量	要電源	特記事項
①点滴	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0.5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプあり
②シリンジポンプ	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
③酸素ボンベ	<input checked="" type="checkbox"/>	1	10 kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 80以上(サイズ：〇〇×〇〇 (cm))
④モニター類	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑤保育器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ：W ×L ×H (cm)
⑥人工呼吸器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ：W ×L ×H (cm)
⑦救急バック	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
⑧その他 ( )	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
引継場所 (現地離着陸場)	依頼病院： 〇〇病院屋上ヘリポート				メモ
	受入病院： 〇〇空港				

※市町村はNo.1～No.7の項目を記載の上、要請すること。(□欄はレ点又は■で該当項目をチェック)  
※No.4「経過」No.5について欄内に記入しきれない場合は、別紙(任意)により送付すること。



要請日時	平成 年 月 日 時 分				
1 要請市町村名	電話	F A X			
担当課・職・氏名	職名	氏名			
2 依頼病院名	電話				
所在地	F A X				
担当医師名・科名	科		担当課 氏名		
3 受入病院名	電話				
所在地	F A X				
担当医師名・科名	科		直通内線番号		
受入病院の了承： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
4 <sup>ふりがな</sup> 患者氏名	生年月日	年	月	日	歳
	体 重	kg	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	職業
住 所					感染症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
病 名	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来：				月 日
経 過	血圧：		mmHg	脈拍： 回/分	
	呼吸：		回/分	体温： ℃	
	意識レベル(JCS)：				
航空機による搬送が必要な理由	<input type="checkbox"/> 緊急性 <input type="checkbox"/> 搬送時間短縮 <input type="checkbox"/> 搬送安定性 <input type="checkbox"/> その他( ) ( 主な理由： )				
気圧変化： <input type="checkbox"/> 影響無し <input type="checkbox"/> 影響有り					
5 受入病院選定理由 (①、②のいずれか記載)					
<input type="checkbox"/> ①高次・専門医療機関での治療が必要なため (治療内容： )					
<input type="checkbox"/> ②その他 (具体的な理由： )					
6 付添搭乗者	氏 名	性別	年 齢	体 重	そ の 他
医 師			歳	kg	
看護師			歳	kg	
付添人			歳	kg	続柄：
医師・看護師の所属病院： <input type="checkbox"/> 依頼病院 <input type="checkbox"/> 受入病院 <input type="checkbox"/> その他病院名 ( )					
7 運航上の必要事項 機内に積載する医療資機材等					
資 機 材 名	有	数量	総重量	要電源	特 記 事 項
①点滴	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプあり
②シリンジポンプ	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
③酸素ボンベ	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 80以上(サイズ: × (cm))
④モニター類	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他( )
⑤保育器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W ×L ×H (cm)
⑥人工呼吸器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W ×L ×H (cm)
⑦救急バック	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
⑧その他( )	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
引継場所 (現地離着陸場)	依頼病院：			メモ	
	受入病院：				

※市町村はNo.1～No.7の項目を記載の上、要請すること。(□欄はレ点又は■で該当項目をチェック)  
 ※No.4「経過」No.5について欄内に記入しきれない場合は、別紙(任意)により送付すること。