**消防ヘリコプター搬送依頼書**

【別紙１】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **依頼病院** | | 病院 | | | | |
| **受入れ病院** | | 病院 | | | | |
| **搬送予定日時** | | 月　　　　　日　　　　　　時　　　　　　分頃  　（県内の医療機関であれば、概ね３０分以内に到着します。） | | | | |
| **患者情報** | **氏名** |  | **年齢** | 歳 | | |
| **性別** | 男 　・　 女 | | | | |
| **意識レベル** | JCS Ⅰ　 ・　Ⅱ 　・ 　Ⅲ | | | | |
| **傷病名** |  | | | | |
| **体重** | ｋｇ | | | | |
| **搬送体位** | 仰臥位　・　半座位　・　座位 | | | | |
| **飛行高度の影響** | あり 　 ・ 　なし | | | | |
| **飛行中の容態変化** | あり　　 ・ 　なし | | | | |
| **資器材情報**  ※持ち帰る資器  材名に○を記入してください。  ※搬送時間以上　使用可能なバッテリーを準備してください。 | **酸素ボンベ** | （ ２ℓ ・ ５ℓ ・ ８ℓ ）×　　　本（予備含む） | | | あり | なし |
| **モニター** | （幅:約　　ｃｍ×高さ:約 　 ｃｍ×奥行:約 　ｃｍ） （重量:約　　　 ｋｇ） | | | あり | なし |
| **人工呼吸器** | （幅:約　　ｃｍ×高さ:約 　 ｃｍ×奥行:約 　ｃｍ） （重量:約　　　 ｋｇ） | | | あり | なし |
| **吸引器** | （重量:約 　　　 ｋｇ） | | | あり | なし |
| **輸液・輸血** | （ 左 ・ 右 ・ 上肢 ・ 下肢 ）に計　　　本 | | | あり | なし |
| **バックボード・**  **ネックカラー** |  | | | あり | なし |
| **その他** | **↓**上記以外の資器材がある場合は、記入してください。 | | | | |
| **付添搭乗者**  ※ヘリで航空隊基地へ帰投する場合は、氏名に○を記入してください。 | | 医師　・　看護師　　氏名　　　　　　　　　　　体重　　　ｋｇ | | | | |
| 医師　・　看護師　　氏名　　　　　　　　　　　体重　　　ｋｇ | | | | |
| **ヘリ準備資器材** | | 予備用酸素ボンベ（２ℓ １本）・モニター・除細動器・吸引器 | | | | |
| **依頼病院連絡先** | | 担当者　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | |
| **※ヘリ搭載重量について ： 患者体重 ＋ 資器材重量 ＋ 搭乗者体重 ＝ １８０ｋｇ以内としてください。** | | | | | | |
| お願い | | １　ヘリが飛来したら、着陸する場所から離れて待機してください。  ２　ヘリが離陸したら、受入れ病院へ到着時間等を連絡してください。  ３　引き継ぎ及び収容がスムーズに行えるように、依頼病院、受入れ病院ともに準備を確実にしてください。 | | | | |