

施設からの救急搬送同行職員の帰所確認票

この用紙は施設から救急搬送に同行された職員の方が、「帰所の可否確認」をするための確認票です。

下記項目に記入いただき、救急事務受付に提出ください。確認してお返事いたします。

※患者さんの状況によっては、在院をお願いすることがあります。

(患者状況により専門医による診察が必要なときや施設内発生した事故など)

※施設職員の方が帰所後、患者さんが帰所可能、入院の場合はご家族または病院から施設担当者にご連絡いたします。

※入院となった場合は患者情報の提供を FAX ください。夜間の場合は翌日で結構です。

記入用紙は当院・施設書式でも結構です。当院書式は救急受付にあります。

「救急搬送患者連絡票」と重複する部分の記入は不要です。

項目	記入欄
患者氏名	ふりがな
患者家族等の連絡後の来院	有 無 来院されない場合の理由：
来院者情報 (患者家族または担当者等)	来院者氏名 ： 患者との関係 ： 来院予定時間 ：
施設名	
連絡先	
同行職員氏名	

病院側記入 (救急事務は帰所の可否を医師に確認し下記に記入)

施設職員の帰所	可 否	確認時間 ：
再確認(約 30 分後)	可 否	確認時間 ：