傷病者不搬送同意書

下記の傷病者様のかかりつけ医等から、心肺蘇生等を中止する指示がありました。

また、当該かかりつけ医等が現場に臨場するとの申し入れがありました。

下記関係者記入欄をご確認の上、ご署名いただきますようお願いします。

＜引継ぎ区分＞

□かかりつけ医等に引き継ぎ　　　　　□関係者に引き継ぎ

＜傷病者情報＞

|  |
| --- |
| 氏名：  住所：  生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 |

＜関係者署名欄＞

|  |
| --- |
| 私は、下記内容を承諾し、救急隊が現場待機又は引き揚げることに同意します。  ・救急隊が傷病者に対する心肺蘇生等を中止すること。  ・かかりつけ医等が到着するまでの間、傷病者本人の現状を維持すること。  関係者署名欄：　　　　　　　　　　（傷病者との関係：　　　　）  連絡先電話番号：　　　　－　　　　－　　　　　〔もしくは　　　－　　　－　　　〕  署名日時：　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 |

＜かかりつけ医・看護師署名欄＞

|  |
| --- |
| 私は、救急隊から傷病者を引き継ぎました。  医療機関名：  医師・看護師名：　　　　　　　　　　　　　　　 　□医師　□看護師  署名日時：　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 |

＜救急隊記入欄＞

|  |
| --- |
| 引き揚げ日時：　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分  救急隊名：  救急隊長名： |