

患者等搬送状況報告書

年 月 日

湯沢雄勝広域市町村圏組合消防本部 消防長 様

事業所名  
所在地  
責任者・職氏名

当該事業所の 年 月中の患者等搬送状況は、次のとおりでしたので報告します。

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）		
搬送の区分		当月	累計
合 計			
搬送要請時、救急車を必要とした件数			
搬送要請者の依頼場所到着時、救急車を必要とした件数			
患者等搬送中に救急車を必要とした件数			
医師、看護師等が同乗した件数			
感染症の患者等を搬送した件数			
小 計			
特 異 事 案 報 告 分	業務中、患者が死亡した件数		
	業務中、患者等が負傷した件数		
	業務中、患者等搬送用自動車が交通事故を起こした件数		
	その他の特異事案		
	小 計		