

メディカルウイング要請センター 行

FAX : 0568-29-0775

E-Mail : medical-wings@nnk.co.jp

**Medical Wings 搬送要請書**

搬送希望日	緊急搬送要請 (直ちに)	<input type="checkbox"/> チェック
	平成 年 月 日 時 分頃	<input type="checkbox"/> チェック
搬送元及び搬送先医療機関の医師の調整がつかないため、Medical Wings 医師の搭乗を希望 【医師の搭乗依頼書(HAMN要請書式-3)を提出】		<input type="checkbox"/> チェック
依頼病院から空港までの搬送方法	( 救急車 ・ 民間車両 ・ 防災ヘリ ・ 他 ) ○で囲む	
依頼病院から要請した消防機関	消防本部	消防署
	担当者	TEL
空港から受入医療機関までの搬送方法	( 救急車 ・ 民間車両 ・ 防災ヘリ ・ 他 ) ○で囲む	

**【要請時に必要な書類】**

- ① Medical Wings 搬送要請書 (Medical Wings 様式1)
  - ② 救急患者の緊急搬送情報伝達票 (Medical Wings 様式2) **【別紙の書式を使用してください。】**  
※ 防災ヘリ要請時の様式と同様となっています。
  - ③ 同意書 (Medical Wings 様式3)
- \* 各種書類は、HAMNホームページから入手可能。

<http://www.hokkaido.med.or.jp/hamn/>

**【要請連絡先】**

メディカルウイング要請センター

電話 : 080-2663-8884

E-Mail : medical-wings@nnk.co.jp

搬送実施日時	平成 年 月 日 (NNK記入)
--------	------------------