別記様式第２６号（第３４条関係）

患者等搬送状況報告書

年　　月　　日

（宛先）新潟市消防局長

　 事業所名

　 所在地

　　　　　　　代表者職・氏名

　当事業所の　　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 | □患者等搬送事業　□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 |  |  |
| 法定伝染病等感染症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 |  |  |