

응급환자진료의뢰서

환자명	성 명	생년월일	성별
	(남 , 여)		
	주 소		
보호자	성 명		
	주 소	전화번호	
도착시간	년 월 일 시 분		
응급처치 시간	일 시 분 ~ 일 시 분		
응급처치 전 환자상태			
응급처치 후 환자상태			
응급처치 사항			
다른 기관으로 이송한 시각	년 월 일 시 분		
이송결정 이유			
송부서류 등			
이송구급차	차량번호 :	동승 응급의료종사자 :	
담당의사소견 기타			

	년	월	일
의료기관			
담당의사	면허번호	호	
성명	(서명 또는 인)		