

救急隊への情報提供シート

【事前記載事項】

※利用者ごとに事前に記載しておいてください。

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男・女
生年月日	年 月 日	電話番号	()		
住所	<input type="checkbox"/> 施設に同じ				
ADL	会話	可能・一部可・不能	歩行	独歩・杖(歩行器)・車椅子	
	認知機能	正常・軽・中・重	介護認定	要支援 1・2	未認定
病歴等	現病歴	常用薬			
	既往歴				薬手帳
かかりつけ医	アレルギー 有()・無				
かかりつけ医	主治医()				
緊急時連絡先 (家族等)	氏名	電話番号		()	
	住所 (地番不要)	続柄		連絡 済・未	

【救急要請時の救急隊への伝達事項】

発症(目撃)したのはいつですか?	日 時 分	ころ	・	目撃なしまたは不明
何が(どこが)	どうなった?			
普段どおりの様子を最後に確認したのはいつですか?	日 時 分	ころ		
発症時または発見時の状況や訴えなどを簡潔に記入してください。(可能な範囲で)				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SPO2の低下 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 胸部痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 腰部痛 <input type="checkbox"/> 腹部痛 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 呂律不良 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 </div> </div>				
同乗者氏名		(関係)		
依頼済み病院	有()・無	最後の食事	日 時 分	(胃ろう有・無)
施設最終 バイタルサイン	(時 分)	呼吸:	脈拍:	血圧: SPO2: 体温:

※記載していただいた情報は、救急業務以外には使用いたしません。
 ※救急搬送の際には、可能な限り付き添い(発生状況の分かる方)をお願いします。