救急隊への情報提供書

【事前記載事項】　事前に記入しておいてください。　　年　　月　　日時点

施設名		説明	□ 済 □ 未	説 明 日		説明を聞いた人
フリガナ				年　月　日		
氏 名		年 齢		歳	性 別	男 ・ 女
		生年月日		年　月　日		
住 所				□:施設と同じ		
病歴等	現在治療中の病気･ケガ 感染症（ 無 ・ 有 ･不明　病名　　） 認知症（ 無 ・ 軽 ・ 中 ・ 重 ・ 不明 ）			既往歴 ペースメーカー等の医療機器の装着（ 有 ・ 無 ）		
ADL（日常生活動作）	歩行	□ 全介護	□ 一部介護	□ 自立		
	食事	□ 全介護	□ 一部介護	□ 自立		
	排泄	□ 全介護	□ 一部介護	□ 自立		
常用服用薬	（点滴･注射等があれば内容を記載）			血液型	O ･A ・B ・AB ・ RH(+･－)	
	お薬手帳 □	救急要請時に持参	□ 正　□コピー	アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明 （　　）	
キーパーソン	氏名		続柄		TEL	
緊急連絡先（家族等）	氏名		続柄		TEL	
	住所			救急発生時に連絡する旨確認	済 ・ 未	
かかりつけ医療機関名		かかりつけ医師連絡先		治療に対する意思（必要なら記載）		
担当医師名						

・・・・・・・※ここまでは、同意を得た上で事前に記入しておいてください。・・・・・・・

【１１９番通報時の記載事項】　救急搬送要請するに至った理由・経緯を記載

発症（受傷）を目撃しましたか？	はい（　年　月　日　時　分頃）・ いいえ
普段の状態を最後に目撃したのはいつですか？	年　月　日　時　分頃 ・ 不 明

発症または発見時の状況・主な訴えや症状など

□ ：顔面蒼白　　□ ：嘔気 ・ 嘔吐
□ ：頭痛　　□ ：胸痛
□ ：発熱　　□ ：冷や汗
□ ：けいれん　　□ ：失禁
□ ：呼吸苦　　□ ：イビキ呼吸
□ ：上手くしゃべれない
□ ：麻痺　　□ ：黄疸
（　　）
□ ：その他
（　　）

※病院手配　【 □ あり ・ □ なし 】
医療機関名【　　】
診療科目【　　】 *担当医師名*【　　】

最後の食事	日　時　分頃 ・ 不 明				
意識レベル		呼吸回数	回/分	脈　拍	回/分
血　圧	／　mmHg	体　温	度		

施設担当者　連絡先　ＴＥＬ　　担当

備考　1　**緊急を要する症状がある場合は、応急手当(心肺蘇生法)を優先してください。**
2　発症（受傷）時の状況等は、わかる範囲で記入してください。
3　記入していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。