

救急隊への情報提供シート



【基本情報】

フリガナ		性別	男・女
氏名		年齢	歳
生年月日	年 月 日		(年 月 日現在)
住所			
電話番号			

【医療情報】

現在治療中の病気・ケガ			
既往歴			
服用している薬			
かかりつけ医療機関	医療機関名	担当医師名	緊急時連絡先

【普段の生活状況】

介護区分		排泄	全介助・一部介助・見守り・自立
会話	可・不可	食事	全介助・一部介助・見守り・自立
歩行	寝たきり・車椅子・介助歩行・伝い歩き・自力歩行		
麻痺	有・無	麻痺の部位等:	
アレルギー	有・無	アレルギー物品:	
その他			

【緊急時連絡先】

名前	続柄	住所	電話番号

作成日	年 月 日
-----	-------

※救急搬送のみに使用し、搬送後は速やかに返却します。
 ※緊急時連絡先は搬送先医療機関に伝える場合があります。

救急要請の状況

※救急要請時に時間がある場合は記載してください。

※状態が悪く処置を行わなければならない場合は処置を優先してください。

発症(受傷)を目撃(音を聞く)しましたか？ はい いいえ

時 分 頃

発症、発見時の状況、訴え

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼びかけに反応が無い | <input type="checkbox"/> 麻痺 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 呂律が回っていない | <input type="checkbox"/> 胸が痛い |
| <input type="checkbox"/> 背中が痛い | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 失禁 | <input type="checkbox"/> ケイレン |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい |
| <input type="checkbox"/> 転倒・転落など | <input type="checkbox"/> 誤えん |
| <input type="checkbox"/> 出血(部位:) | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

何をしているときに発症(受傷)しましたか？

普段の状態を最後に確認したのはいつですか？

日 時 分 頃

家族等への連絡は済んでいますか？ はい 連絡中 いいえ

その他何かありましたら記載してください。(応急処置の実施、往診医の指示等)