

★この用紙は救急搬送時に救急隊にお渡しください★

救急搬送時の情報提供書

記載者
(施設名など)

TEL

事前記載事項	作成日	令和 年 月 日			
	ふりがな氏名			(男・女)	生年月日 年 月 日
	住所				
	病気	感染症 なし・あり() アレルギー なし・あり() ペースメーカー等の医療機器の装着 なし・あり()			
	処方されている薬	お薬の内容が分かる書類(お薬手帳等)を添付			
	かかりつけ医療機関	病院名	担当医師() TEL()		
	治療に対する希望	意思決定者()			
	家族等の緊急連絡先	氏名		続柄	TEL
		氏名		続柄	TEL
	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 障害者手帳() <input type="checkbox"/> 特定疾患()	
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		その他特記すべき事項			

通報時の記載事項	発見者名			発見者の連絡先	
	発見した日時	年 月 日 時 分ごろ			
	発見時の状況、主な訴えや症状等	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> イビキ呼吸 <input type="checkbox"/> 上手くしゃべれない <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> その他			
	①呼びかけに	<input type="checkbox"/> 反応あり	<input type="checkbox"/> 反応なし		
	②意識の経過	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 改善している		
	③特記事項	<input type="checkbox"/> 波がある	<input type="checkbox"/> 悪化している		
	※血圧	/ mmHg	※呼吸	回/分 ()	
	※体温	°C	※脈拍	回/分 ()	
	※かかりつけ医の指示	なし・あり ()		同乗者	なし・あり ()
	家族への連絡	未・済 (病院へ向かう家族 なし・あり (誰が))			

救急隊が記載 消防覚知 時 分

※は可能な範囲でご記入ください。

★この用紙は救急搬送時に救急隊にお渡しください★

記載について

救急搬送時の情報提供書

記載者
(施設名など)

TEL

事前記載事項	作成日	令和 年 月 日				
	ふりがな氏名 (男・女)		生年月日	年 月 日	
	住所					
	病気				感染症 なし・あり() アレルギー なし・あり() ペースメーカー等の医療機器の装着 なし・あり()	
	処方されている薬	お薬の内容が分かる書類(お薬手帳等)を添付				
	かかりつけ医療機関	病院名	担当医師()		TEL()	
	治療に対する希望	意思決定者()				
	家族等の緊急連絡先	氏名		続柄		TEL
		氏名		続柄		TEL
	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 障害者手帳() <input type="checkbox"/> 特定疾患()		
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
その他特記すべき事項						

①あらかじめ、普段の状況について記入しておく

通報時の記載事項	発見者名				発見者の連絡先	
	発見した日時	年 月 日		時 分 ごろ		
	発見時の状況、主な訴えや症状等	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> イビキ呼吸 <input type="checkbox"/> 上手くしゃべれない <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他				
	主訴					
	①呼びかけに	<input type="checkbox"/> 反応あり	<input type="checkbox"/> 反応なし			
	②意識の経過	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 改善している			
		<input type="checkbox"/> 波がある	<input type="checkbox"/> 悪化している			
	③特記事項					
	※血圧	/ mmHg	※呼吸	回/分 ()		
	※体温	°C	※脈拍	回/分 ()		
※かかりつけ医の指示	なし・あり ()		同乗者	なし・あり ()		
家族への連絡	未・済 (病院へ向かう家族 なし・あり (誰が))					

②救急搬送時に、その時の状況について記載する

③救急隊に渡す

救急隊が記載	消防覚知	時	分
--------	------	---	---

※は可能な範囲でご記入ください。