

★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			☐障害者手帳()	
ADL	移動	☐自立 ☐一部介助 ☐全介助		食事	☐自立 ☐一部介助 ☐全介助	
		☐独歩 ☐杖 ☐歩行器 ☐車椅子		排泄	☐自立 ☐一部介助 ☐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	①呼びかけに ☐ 反応あり ☐ 反応なし ②意識の経過 ☐ 変わらない ☐ 改善している ☐ 波がある ☐ 悪化している ③特記事項 ()					
	主訴						
	☐ 顔面蒼白						☐ 吐き気・嘔吐
	☐ 吐血						☐ 下痢
		☐ 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	☐ 黄疸					
	☐ 麻痺	☐ その他					
	☐ その他	()					
※血圧	/	mmHg	※呼吸	回/分	()		
※体温		℃	※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★

救急搬送時の情報提供書

記載者
(施設名など)

TEL

記載について

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	□障害者手帳()	
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
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
	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	℃	※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。