

救急隊への情報提供カード 以上については、年月日現在の情報です。

【事前記載事項】：ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。

施設名 フリガナ		確認の有無	有・無	確認日	/ /	説明を聞いた人 ()
氏名		年齢	歳	性別		男・女
Tel		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
住所						□:施設に同じ
病歴等	現在治療中の病気・ケガ (感染症 有・無 病名_____)		既往歴			
常用服用薬		注射	有・無	血液型	O・A・B・AB 型 RH(+・-)	
				アレルギー	(有・無)	
かかりつけ病院名		(電話_____)	ADL	歩行(全介助・一部介助・見守り・自立) 食事(全介助・一部介助・見守り・自立) 排泄(全介助・一部介助・見守り・自立)		
担当医師名						
緊急連絡先 (家族等)	氏名		続柄	Tel		
	住所				救急発生時の連絡確認欄	連絡 済・未

【119番通報時の記載事項】：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。

発症(受傷)を目撃しましたか?	はい(日 時 分頃)・いいえ					
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	日 時 分頃					
日常生活	会話	可能・一部可能・不可		歩行	全介助・一部介助・見守り・自立	
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など				<input type="checkbox"/> ：顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ：嘔気・嘔吐 <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 ()		
最後の食事： 時 分頃						
病院手配 1件目	病院名		選定理由		結果	受入可 不可理由 不可 ()
病院手配 2件目	病院名		選定理由		結果	受入可 不可理由 不可 ()

観察状況及び応急処置が分かる範囲で記入

意識レベル	有	無	呼吸回数	回/分	脈拍	回/分
血圧	/ mmHg		体温	度	瞳孔	右()・左()
Spo2	酸素投与前	%	酸素投与	ℓ →	SPO2	%
救命処置	心肺蘇生・胸骨圧迫のみ・人工呼吸のみ			開始時刻		時 分
AEDの使用	開始時刻	時 分	ショックの実施	有・無 (回)		時 分
その他の処置	固定	時 分	実施	止血	時 分	開始
	冷却	時 分	開始	静脈路	時 分	実施

記載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。