

# 救急搬送時の情報提供書

【高齢者施設等】 → 【救急隊】 → 【医療機関】

(佐世保市)

**【事前記載事項】：事前に記載しておく事項(変更時は随時更新)**

作成日：

時点

施設名	説明		説明日		説明を聞いた人	
	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	令和	年 月 日		
フリガナ	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		年 月 日		
住所					<input type="checkbox"/> ：施設に同じ	
病歴等	【現在治療中の病気・ケガ】		【既往歴】			
	感染症( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 不明 )		ペースメーカー等の医療機器の装着 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )			
	病名( )		( )			
常用服用薬(お薬手帳写し可)	【点滴・注射等があれば内容を記載】		血液型	( <input type="checkbox"/> O ・ <input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> AB )		
	認知症( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 不明 )		RH( <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> - )			
			アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ( )		
キーパーソン	氏名	続柄	電話	— —		
緊急連絡先(家族等)	氏名	続柄	電話	— —		
	住所			救急発生時に連絡する旨確認	確認	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未
かかりつけ医療機関名		かかりつけ医連絡先TEL	治療に対する意思	※可能な限り記載		
担当医師名						

救急搬送時に必要な情報です。上記、治療に対する意思↑は、可能な限り記載をお願いします

## 【119番通報時の記載事項】：救急搬送を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？	<input type="checkbox"/> はい( 令和 年 月 日 時 分頃) ・ <input type="checkbox"/> いいえ
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？	令和 年 月 日 時 分頃
通報時の状況	会話 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
◆発症または発見時の状況、主な訴えや症状など	
【通常と異なる症状(いつもケアしている状態と違う場合の症状)を記載】	
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その他	( )
<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"/> ：黄疸	
<input type="checkbox"/> ：麻痺	( )
<input type="checkbox"/> ：その他	( )
意識レベル	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
呼吸回数	回/分
脈拍	回/分
血圧	/ mmHg
体温	度
病院手配1件目	病院名 選定理由 結果 <input type="checkbox"/> 受入可 不可理由 ( )
病院手配2件目	病院名 選定理由 結果 <input type="checkbox"/> 受入可 不可理由 ( )
施設担当者連絡先	電話： 担当：

※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