

【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）

施設名			説明	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	説明日	年 月 日		説明を聞いた人
フリガナ			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
氏名			生年月日	M ・ T ・ S ・ 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(無・有・不明 病名) 認知症(無・軽・中・重・不明)			ペースメーカー等の医療機器の装着(有・無) ()				
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	O ・ A ・ B ・ AB RH(+ ・ -)			
				アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明 ()			
キーパーソン	氏名		続柄		TEL	()-()-()		
緊急連絡先	氏名		続柄		TEL	()-()-()		
(家族等)	住所				救急発生時に連絡する旨確認	確認	済 ・ 未	
かかりつけ医療機関名			かかりつけ医連絡先	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?	はい (年 月 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?	年 月 日 時 分頃							
通報時の状況	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								
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						<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 <input type="checkbox"/> : 黄疸 () <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						
	<input type="checkbox"/> : 波がある	<input type="checkbox"/> : 悪化している						
③その他	()							
意識レベル	有 ・ 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	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 ()		

施設担当者連絡先 TEL: 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。