

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: R 年 月 日 時点

施設名	説明		説明日		説明を聞いた人
	☐ 未・ ☐ 済	令和 年 月 日			
フリガナ	年齢	歳	性別	☐ 男・ ☐ 女	
氏名	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】		【既往歴】		
	感染症(☐ 無・ ☐ 有・ ☐ 不明)		ペースメーカー等の医療機器の装着(☐ 有・ ☐ 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	(☐ O・ ☐ A・ ☐ B・ ☐ AB)	
	認知症(☐ 無 ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 ☐ 不明)		RH(☐ +・ ☐ -)		
			アレルギー	☐ 有・ ☐ 無・ ☐ 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 ☐ 済・ ☐ 未			
かかりつけ医療機関名		かかりつけ医療機関連絡先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?	☐ はい(令和 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?	令和 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】			☐ : 顔面蒼白 ☐ : 嘔気・嘔吐 ☐ : 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 		
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				
③その他	☐ : 波がある ☐ : 悪化している				
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	不可理由 ()
病院手配2件目	病院名	選定理由	結果	☐ 受入可 ☐ 不可	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