

救急搬送時の情報提供書

記入例

平成27年1月29日時点

【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	老健させぼ		説明	未	説明日	平成27年1月27日		説明を聞いた人	本人・長男	
フリガナ	サセボ タロウ			<input checked="" type="checkbox"/>						
氏名	佐世保 太郎		年齢	79 歳	性別	男・女				
			生年月日	M・T・S・H		9 年 11 月 24 日				
住所	長崎県佐世保市△△町〇〇番地					■:施設に同じ				
病歴等	現在治療中の病気・ケガ 慢性心不全				既往歴 脳梗塞(右片麻痺)					
	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	長崎 さくら	続柄	長女	TEL	(095)-(123)-(4567)				
緊急連絡先 (家族等)	氏名	佐世保 次郎	続柄	長男	TEL	(0956)-(12)-(3456)				
	住所	佐世保市△△町一―番地			救急発生時に連絡する旨確認	確認 <input checked="" type="checkbox"/> 未				
かかりつけ医療機関名	〇〇クリニック		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	〇〇医師		****-**-****		胃瘻・経鼻経管栄養は希望しません。 気管挿管は希望しません。 心臓マッサージまで希望します。					

治療に対する意思は、救急搬送時に病院側で必要としている重要な情報です。

【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 checked="" type="checkbox"/> はい (27 年 3 月 15 日 14 時 30 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?	27 年 3 月 15 日 12 時 30 分頃	
通報時の状況	会話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 ・ 一部可能 ・ 不可	歩行 <input type="checkbox"/> 全介助 ・ 一部介助 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		
①呼びかけに	<input checked="" type="checkbox"/> 反応あり <input type="checkbox"/> 反応なし	
②意識の経過	<input checked="" 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	昼食後、自室に帰り休まれているところ、コール要請があり、職員がかけつけると、呼吸が苦しいとの訴えあり。 しばらく深呼吸をするように付き添ったが、吐き気を訴えたため、かかりつけ医へ指示を仰ぎ、搬送依頼した。	
意識レベル	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	呼吸回数 25 回/分
血圧	150/100 mmHg	体温 37.8 度
病院手配 1件目	病院名 〇〇クリニック	選定理由 かかりつけ 結果 受入可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可理由 (往診中にて不在)
病院手配 2件目	病院名	選定理由 結果 受入可 <input type="checkbox"/> 不可理由 ()

施設担当者連絡先 TEL〇〇-〇〇〇〇 担当:佐世保 花子

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。