救急隊への情報提供カード

【事前記入事項】：ご利用者ごとに事前に記入しておいてください。

施設名		記入日	令和　　年　　月　　日		
フリガナ		年齢	歳	性別	男・女
氏名		生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日		
住所	徳島県				□ 施設に同じ

既往歴	アレルギー　有(　　)・無	服用薬		かかりつけ病院 担当科目 担当医師	病院・医院・診療所 科 医師
					病院・医院・診療所 科 医師

ADL	歩行（□自立・□一部介助・□車いす・□全介助） 食事（□自立・□一部介助・□全介助） 排泄（□自立・□一部介助・□全介助） 意思疎通（□できる・□ある程度できる・□できない） 聴力（□聞こえる・□ある程度聞こえる・□聞こえない） 視力（□見える・□見えにくい・□見えない）	医療処置	□ シャント(右・左) □ 在宅酸素(　　ℓ) □ バルーン留置 □ 人工肛門 □ 胃瘻 □ 気管切開

緊急時連絡先（家族等）	氏名		続柄		電話	
	住所					

【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入してください。

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	最終食事：　　時　　分頃				
病院連絡（1件目）	病院名		結果	□受入可 □不可(不可理由：　　)	
病院連絡（2件目）	病院名		結果	□受入可 □不可(不可理由：　　)	
病院連絡（3件目）	病院名		結果	□受入可 □不可(不可理由：　　)	

意識	有・もうろう・無	呼吸回数	回/分	脈拍	回/分	血圧	／　mmHg
体温	度	瞳孔	右(　mm)左(　mm)	SpO2	%→　%(　ℓ酸素投与後)		
AEDによるショックの実施	□ 有（実施時間　　時　　分）□ 無						
その他の処置	固定・冷却・止血・静脈路・その他(　　)			実施時間	時　分		
緊急時連絡先(家族等)への連絡	済・未	□上記に同じ　□上記以外（続柄：　　氏名：　　）					

本情報カードに記載している救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。			
本人氏名		印鑑又はサイン	

※記入していただいた事項は、救急業務以外に使用いたしません。

【備考】：その他必要な事項があれば記入してください。