

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	平成	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	徳島県					<input type="checkbox"/> 施設に同じ 病院・医院・診療所 科 医師		
既往歴	アレルギー 有 ()・無	服用薬	かかりつけ 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 (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 全介助) 食事 (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助) 排泄 (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助) 意思疎通 (<input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> ある程度できる・ <input type="checkbox"/> できない) 聴力 (<input type="checkbox"/> 聞こえる・ <input type="checkbox"/> ある程度聞こえる・ <input type="checkbox"/> 聞こえない) 視力 (<input type="checkbox"/> 見える・ <input type="checkbox"/> 見えにくい・ <input type="checkbox"/> 見えない)					医療処置	<input type="checkbox"/> シヤント (右・左) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 () <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開	
	緊急時連絡先 (家族等)						氏名	続柄
		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？		<input type="checkbox"/> はい (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？		日 時 分頃							
日常生活	会話	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部可能	<input type="checkbox"/> 不可	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	最終食事： 時 分頃								
病院連絡 (1 件目)	病院名			結果	<input type="checkbox"/> 受入可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可理由：)				
病院連絡 (2 件目)	病院名			結果	<input type="checkbox"/> 受入可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可理由：)				
病院連絡 (3 件目)	病院名			結果	<input type="checkbox"/> 受入可 <input type="checkbox"/> 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)	SpO ₂	%→ % (酸素投与後)				
AEDによるショックの実施		<input type="checkbox"/> 有 (実施時間 時 分)				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> 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。