|  |
| --- |
| 作成日：令和　　年　　月　　日 |
| 更新日：令和　　年　　月　　日 |

**救急情報提供シート**

施設名

施設住所

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | | | □：施設と同じ住所 | | |
| フリガナ |  | | 性　別 | 生　年　月　日 | | | 年　齢 |
| 氏　　名 |  | | 男・女 | T･S　　年　　月　　日生 | | | 歳 |
| 現在治療中  の病気 | □高血圧　□糖尿病　□心臓病　□脳卒中　□認知症　□その他（　　　　　　）  ※がん（　　　　　　　）⇒告知（ 有・無 ）  　※麻痺（ 有・無 ）（ 上肢・下肢 ）（ 右・左 ）  　※服用薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 過去の病気 |  | | | | | | |
| アレルギー | あり（ 薬 ・ 食べ物　　　　　　　）　なし | | | | 血液型 | 型 RH ( ＋ － ) | |
| 日常生活  ＡＤＬ | 歩　行 | 自立　・　伝い歩き　・　歩行器　・　車椅子　・　寝たきり | | | | | |
| 会　話 | 可能　・　一部可能　・　不可 | | | | 介護度 |  |
| かかりつけ医療機関 |  | | T E L |  | | 医師名 |  |
|  | | T E L |  | | 医師名 |  |
| 緊急連絡先 | 氏　名 |  | 続　柄 |  | T E L |  | |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  | T E L |  | |
| 緊急時に希望する搬送先医療機関： | | | | | T E L |  | |
| 救急要請理由等 | | **発生・発見日時　令和　　年　　月　　日　　　　時　　分頃**  **発症（受傷）を目撃しましたか？　　はい　・　いいえ**  **概要（どこで、何をしているとき、どうなりましたか？）**  　・普段どおりの状態を最後に確認したのは？　　　日　　時　　分頃  　・最後の食事　　　　時　　分頃  （応急手当の実施状況等） | | | | | |
| 救急車への同乗者 | | 氏　名 | | | | | |
| □看護師　□その他（職　　　　　　）　□家族（続柄　　　　　　　） | | | | | |
| 施設関係者の同乗  がない場合の理由 | |  | | | | | |
| その他連絡事項  （救命処置等について） | |  | | | | | |
| チェックリスト | | □保険証　　□お薬手帳等　　□履物　　□家族への連絡（ 未・済み ） | | | | | |

　１　施設名等と太枠部分はあらかじめ記入して保管しておいてください。

　２　記載内容の定期的な更新をお願いします。

　３　記載された情報は救急業務以外では使用しません。（搬送先医療機関へ情報提供することはあります。）

　４　太枠部分より下の項目は救急要請時に書き入れるものですが、可能な範囲で結構です。状況に応じて、応急手

当などを優先して行ってください。