

救急情報提供シート

施設名 有料老人ホーム〇〇
施設住所 岩出市〇〇119番地
電話番号 0736-61-0119

作成日：令和 2年12月 1日
更新日：令和 3年 2月 1日

住 所	紀の川市△△111番地			□：施設と同じ住所	
フリガナ	ナガ イチロウ	性 別	生 年 月 日	年 齢	
氏 名	那賀 一郎	男・女	T・S 8年 2月 8日生	88歳	
現在治療中の病気	□高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 □心臓病 □脳卒中 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 □その他 () ※がん (肝臓がん) ⇒告知 (有・無) ※麻痺 (有・無) (上肢・下肢) (右・左) ※服用薬 ()				
過去の病気	心筋梗塞 (平成15年)				
アレルギー	あり (薬・食べ物)	なし	血液型	B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 要介護2
かかりつけ医療機関	●●クリニック (内科)	TEL	61-0000	医師名	●● 太郎
	▲▲リハビリ病院 (整形外科)	TEL	60-0000	医師名	▲▲ 花子
緊急連絡先	氏 名	岩出 春子	続 柄	長女	TEL 090-1234-5678
	氏 名		続 柄		TEL
緊急時に希望する搬送先医療機関： ■■病院 00-0000 (希望がなければ「救急隊判断」と記入)					
救急要請理由等	発生・発見日時 令和 3年 5月10日 15時30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?) 入浴後、食堂に移動して椅子に座っていたが、音がしたので職員が振り向くと椅子の横で倒れていた。 ・ 普段どおりの状態を最後に確認したのは? 10日15時20分頃 ・ 最後の食事 12時10分頃 (応急手当の実施状況等) 意識はあり、起こそうとしたら右足の付け根を痛がったので、そのまま寝かした状態にした。				
救急車への同乗者	氏 名 ▽▽ 幸子 □看護師 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (職 ヘルパー) □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)	例) かかりつけ医および家族と、緊急時は病院へ搬送することを協議済み。 例) かかりつけ医と■■病院とで受け入れについて事前協議済み。				
チェックリスト	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳等 □履物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (半年ごと) に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。