|  |
| --- |
| **救急情報提供シート** |

**《事前記載事項》　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　石岡市消防本部**

**原本をコピー（両面印刷）して使用してください。**

記入例　（表）

**①　基本情報**

石岡　太郎

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所者 | 住　所 | 石岡市石岡1-2-18 | 作成日 | R〇年　〇月 〇日 |
| 電話番号 | 0299-23-0119 | 更新日 | 　 |
| フリガナ | イシオカ　　　　タロウ | 生年月日 | Ｍ・Ｔ Ｓ・Ｈ〇〇年 〇月〇日　　　　※（　　　　歳） |
| 氏　名 | 　　　　　　　　男　　　　　　　　　　女 |

※年齢は１１９番通報時の年齢を記入

**②　医療情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既 往 歴 | □ 高血圧 | □ 心筋梗塞 | □ 狭心症  | □ 心不全 |
| □ 脳梗塞 | □ くも膜下出血 | □ 脳出血 | □ てんかん |
| □ 糖尿病 | □ 腎不全　 シャント ：　有　・　無 | □ 認知症 |
| □ COPD | □ 気管支喘息 | □ アレルギー（　　　　　　　　　　　 ） |
| □ がん　（部位 ：　　　　肺　　　　　 　　）　本人への告知　：　有　・　無 |
| □その他 ( 右大腿骨頚部骨折 ) |
| Ａ D Ｌ（日常生活） | 介護区分 | 要支援 □１　□２ 要介護 □１　□２ □３ □４　□５ |
| 会　話 | 可 ・ 不可 | 歩　行 | □ 自力歩行　 □ 補助歩行□ 車椅子 　 □ 寝たきり |
| 麻　痺 | 無 ・ 有 (部位 ： 右上下肢 　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| かかりつけ　　　医療機関① | 病院名 | 〇〇病院 | 主治医 | 〇〇医師 |
| かかりつけ　　　医療機関② | 病院名 |  | 主治医 |  |

**③　DNAR（心肺蘇生を行わないこと）について本人及び家族の意思確認**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DNARの意思表示 | * 有　　□ 無　 □ 未確認
 | 直近の意思確認年月 |
| DNAR事前指示書 | * 有　　□ 無　 □ 不明
 | 西暦）　　　20××年　　　　 　〇月 |

**④　緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　前 (続柄) |  石岡　一郎　　　(長男)　 | 電話番号 | 〇〇〇〇－〇〇-〇〇〇〇 |
| 名　前 (続柄) | 石岡　花子　　　(長女) | 電話番号 | 〇〇〇〇－〇〇-〇〇〇〇 |

● 救急情報提供シートには個人情報が含まれます。本人の同意を得て記入してください。

● 記入内容に変更があった場合には，その都度，新しい情報を記入してください。

● 情報提供シートは救急業務以外には使用しません。救急搬送時に施設と救急隊が情報伝達をスムーズに行い，迅速に医療機関へ搬送することを目的としたシートです。

**救急隊への申し送り事項**

記入例　（裏）

**《119番通報時の記載事項》**

**⑤ 119番通報(救急要請)に至った状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 　　　〇月　　　　〇日　　　　〇時　　〇〇分ころ |
| 最終健在日時 | 　　　〇月　　　　〇日　　　　〇時　　〇〇分ころ |
| 主　訴 | 呼吸が苦しい**可能な範囲で記入****してください** |
| 概　要 | 就寝中に呼吸苦を発症。SPO2の低下（80％台）により救急要請。 |

**⑥　バイタルサイン**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 意識レベル（JCS） | Ⅰ－２ | 瞳　孔 | 右（　　3 mm）左（　　3 mm） |
| 呼　吸 | 32回/分 | 対光反射 | 右（ ＋ － ）左（ ＋ － ） |
| 脈　拍 | 100回/分 | SpO2 | 80％ | 6 ℓ→　 90 ％ |
| 血　圧 | 　　110　/　60　mmHg | 体　温 | 37.0℃ |

**⑦ 病院連絡**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　院　名　 | 受入れ可否 | 受入れ不可の理由 |
| 〇〇病院 | 可　　・　　不可 |  |
|  | 可　　・　　不可まずはかかりつけ医療機関に連絡してください。 |  |
|  | 可　　・　　不可 |  |

※可能な範囲で医療機関に連絡し，搬送受入先の確保にあたってください。

**⑧　チェックリスト**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 持 ち 物 | 関係者連絡 | 救急車に同乗する方の氏名 |
| □ 健康保険証　□ お薬手帳□ 介護保険証　□ 診察券□ DNAR事前指示書 | □ 家族連絡　　（　石岡　　一郎　　　　　　）□ 主治医連絡　 | 〇〇　〇〇（介護士） |

※DNAR事前指示書がある場合は提示してください。

● 記入は可能な範囲で結構です。状況に応じて応急手当を優先してください。