

救急情報提供シート

《事前記載事項》

石岡市消防本部

① 基本情報

入所者	住所		作成日	年 月 日
	電話番号		更新日	年 月 日
フリガナ			生年月日	M・T S・H 年 月 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	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心不全
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> てんかん
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎不全	シャント：有・無	<input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> アレルギー()	
	<input type="checkbox"/> がん (部位：)	本人への告知：有・無		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
A D L (日常生活)	介護区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	会 話	可・不可	歩 行	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 補助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	麻 痺	無・有 (部位：)		
かかりつけ 医療機関①	病院名		主治医	
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認	直近の意思確認年月
DNAR の事前指示書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	西暦) 年 月

④ 緊急連絡先

名 前 (続柄)	()	電話番号	
名 前 (続柄)	()	電話番号	

- 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。

