

# 救急情報提供シート

原本をコピー(両面印刷)して使用してください。

## 《事前記載事項》

# 記入例 (表)

石岡市消防本部

### ① 基本情報

入所者	住所	石岡市石岡 1-2-18	作成日	RO年 O月 O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
氏名	石岡 太郎 (男)			(S)HOO年 O月O日 ※( 歳)

※年齢は119番通報時の年齢を記入

### ② 医療情報

既往歴	<input checked="" 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 checked="" 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 シヤント : 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 checked="" type="checkbox"/> がん (部位 : 肺 )	本人への告知 : (有)・無		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 右大腿骨頸部骨折 )			
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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	OO病院	主治医	OO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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認	直近の意思確認年月
DNAR 事前指示書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	西暦) 20××年 O月

### ④ 緊急連絡先

名 前 (続柄)	石岡 一郎 (長男)	電話番号	OOOO-OO-OOOO
名 前 (続柄)	石岡 花子 (長女)	電話番号	OOOO-OO-OOOO

- 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

## 《119番通報時の記載事項》

# 記入例（裏）

### ⑤ 119番通報(救急要請)に至った状況

発生日時	○月 ○日 ○時 ○○分ころ
最終健在日時	○月 ○日 ○時 ○○分ころ
主訴	呼吸が苦しい
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。

可能な範囲で記入してください

### 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% 6ℓ→ 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	Ⓜ ・ 不可	
	可 ・ 不可	
	・ 不可	

まずはかかりつけ医療機関に連絡してください。

※可能な範囲で医療機関に連絡し、搬送受入先の確保にあってください。

### 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
<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 診察券 <input checked="" type="checkbox"/> DNAR 事前指示書	<input checked="" type="checkbox"/> 家族連絡 ( 石岡 一郎 ) <input checked="" type="checkbox"/> 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。

