

救急情報提供書		施設名	〇〇老人ホーム ※施設入社のみ記入		緊急連絡先①		
		住所	越谷市〇〇〇1-1-1		ふりがな	こしがや たろう	続柄
		電話	000-000-0000		氏名	越谷 太郎	長男
基本情報					住所	越谷市〇〇1-2越谷マンション101	
記載年月日	平成 29 年 5 月 20 日	生年月日	M・T・S 2 年 1 月 1 日生		電話	048-974-0000	
					携帯電話	090-0000-0000	
ふりがな	こしがや こお	性別	男	TEL	048(000)0000		
氏名	越谷 越男				緊急連絡先②		
住所	越谷市〇〇1-2-3				ふりがな	こしがや はなこ	続柄
					氏名	越谷 花子	長女
※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）					住所	東京都〇〇区〇〇1-1	
救急要請に至った状況					電話	03-0000-0000	
※今回はどうしましたか（可能な限り記載して下さい）					携帯電話	080-0000-0000	
ベットから降りスリッパを履く際に転倒し、左足を負傷したもの。 なお、職員が様子を見に行った際に倒れているのを発見する。					緊急連絡先③		
※下記の□には、レ点でチェックしてください。					ふりがな		続柄
転倒	( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	窒息	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	備考	氏名		
失禁	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	出血	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	自由記載(何かありましたら記入してください。)	住所		
麻痺	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	嘔吐	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )		電話		
実施した処置	( <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生 ( <input type="checkbox"/> 人工呼吸 ・ <input type="checkbox"/> 心マ ・ <input type="checkbox"/> AED ) <input type="checkbox"/> その他： <input checked="" type="checkbox"/> 無 )				携帯電話	※上記の連絡先（家族等）に連絡の有無	
痛み	( <input checked="" type="checkbox"/> 有 : 痛みの部位 <input type="checkbox"/> 頭 ・ <input type="checkbox"/> 胸 ( <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 左 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他： 左大腿部の付け根部分 <input type="checkbox"/> 無 )				■連絡済 ( (1) ・ (2) ・ (3) ) / <input type="checkbox"/> 未		
直近のバイタルサイン							
測定時間	20 時 16 分	意識	<input checked="" type="checkbox"/> 清明 呼びかけに反応 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		痛み刺激に反応	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
呼吸数	28 回/分	脈拍数	98 回/分	血圧	148/98 mmHg	体温	36.1 °C SPO2 97 %
その他							

※病院への連絡：可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関を確保してください。

※救急車への同乗：ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。

入居者の病歴情報（※サマリ等のコピーも可能）			医療機関名
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	普段の血圧	/ mmHg	〇〇医院
<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	インスリン使用の有無	: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	空腹時の血糖値 : mg/dl
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	病名 :	在宅酸素 :	ℓ
<input checked="" type="checkbox"/> 循環器疾患	病名 :	狭心症	
<input type="checkbox"/> 脳疾患	病名 :	後遺症 :	<input type="checkbox"/> 失語症 ・ <input type="checkbox"/> 片麻痺 ( <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 ) ・ <input type="checkbox"/> 全麻痺
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	部位 :		
<input checked="" type="checkbox"/> 認知症	程度は :	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ自立 ・ <input type="checkbox"/> 日常生活に支障 ・ <input type="checkbox"/> 常に要介護 他 ( )	
<input type="checkbox"/> 精神疾患	病名 :		
<input checked="" type="checkbox"/> その他	病名 :	前立腺肥大	
<input type="checkbox"/> アレルギー			
<input type="checkbox"/> 感染症			

内服薬情報（※不明な場合は、現在内服している薬等を持参して下さい。）

※お薬手帳・処方箋・薬そのもの・保険証なども準備してください。

内服している薬を記載してください。

かかりつけ医療機関及び協力医療機関

優先	医療機関名	主治医名	診療科目	住所	電話番号
1	〇〇総合病院	〇〇 〇〇	循環器	越谷市〇〇1-1	000-000-0000
2	〇〇市民病院	〇〇 〇〇〇	泌尿器	越谷市〇〇1-2	000-000-0001
3					

日常生活（ADL）  自立・機能良好  部分介助（ 歩行可能 ・  歩行不可）  全介助（寝たきり）  意思疎通（ 可能 ・  不可）

心肺停止時の救命処置（DNR）	<input checked="" type="checkbox"/> 積極的な救命処置をしてほしい ※1	救急情報提供書 作成者	作成日	平成 29 年 5 月 20 日		
	<input type="checkbox"/> 救命処置は、しないでほしい ※1		更新日	平成 30 年 3 月 15 日		
	<input type="checkbox"/> 何もしないでほしい ※2		ふりがな	こしがや たろう	氏名	越谷 太郎
	<input type="checkbox"/> その他（		関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	※1 救命処置とは、気道確保（挿管等）・静脈路確保・薬剤投与が救命処置となります。心肺蘇生は、救命処置には含みません。					
※2 救急隊は、心肺蘇生は必ず実施しながら搬送します。						

◎この提供書は、現場の救急隊に迅速・的確に情報提供することで、早期搬送することを目的としています。また、情報は救急業務以外には使用はいたしません。

◎救急車を要請した場合、救急隊に救急情報提供書を渡すことに同意します。 本人との続柄（長男） 氏名 越谷 太郎 (印)