

情報提供書

* 救急隊にこの書類をお渡し下さい
記入日 令和〇年〇月〇日

【救急要請時確認事項】

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供書・サマリーの準備 | <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳・お薬現物用意 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 保険証・診察券の準備 | <input checked="" type="checkbox"/> ご家族への連絡 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 提携・協力病院への連絡 | (続柄 妻、息子) |

※救急隊到着後、①～⑤についてお聞きます

- ①いつから ②どのような状態 ③最後に普段どおりだった時間 ④普段のバイタルサイン
⑤上記救急要請時確認事項の5項目が済んでいるか

施設名	特別養護老人ホーム ○○○
提携・協力病院	□□□病院

個人情報

氏名	ふりがな とうぶ たろう	男	明治・大正・昭和・平成
	東部 太郎		女 12年 1月 1日生
住所	越谷市 ○○ X丁目 X番 X号 □□マンション □号室 電話番号 ○○○(○○○)○○○○		

緊急連絡先

氏名	続柄	住所(市町村名まで)	電話番号
東部 花子	妻	越谷市	○○○(○○○)○○○○
東部 一郎	子	越谷市	□□□(□□□)□□□□

医療情報 (記入欄が足りない場合はサマリーにてお持ちください)

施設入居後のかかり付けは	<input checked="" type="checkbox"/> 往診医のみ	<input type="checkbox"/> 他()	
現在治療中の病気は	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 他()
今までにかかった病気は(既往歴)			
○○○、□□□、△△△			
延命措置	<input type="checkbox"/> 希望する	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 未確認
	確認年月日	令和〇年〇月〇日	本人 氏名 東部 太郎 家族 氏名 東部 花子 (続柄 妻)
「延命措置」とは、回復の見込みがないと診断された患者で、かつ死期が近づいているにもかかわらず、人工呼吸器や透析、胃ろうなどによって生命を維持するための措置です。 救急隊搬送時には延命を希望しない場合も、心肺停止患者には、心肺蘇生法を行います。			
医師からの書面によるDNAR(蘇生処置不試行)指示 ※ありの場合は書面を添付してください			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

日常生活

ADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	要介護	1	2	3	4	5
移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
会話	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通できない								