

救急情報提供書		施設名	※施設入所者のみ記入			緊急連絡先①			
		住所				ふりがな		続柄	
		電話				氏名			
基本情報						住所			
記載年月日	平成	年	月	日	生年月日	M・T・S	電話		
						年 月 日生	携帯電話		
ふりがな				性別	TEL	()	緊急連絡先②		
氏名				男・女			ふりがな	続柄	
住所							氏名		
※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）						住所			
救急要請に至った状況						電話			
※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			
						緊急連絡先③			
						ふりがな		続柄	
						氏名			
						住所			
						電話			
転倒	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	窒息	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	備考		携帯電話			
失禁	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	出血	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	※上記の連絡先（家族等）に連絡の有無 □連絡済（①・②・③） / □未					
麻痺	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	嘔吐	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)						
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 type="checkbox"/> 無)	
痛み	(<input 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 type="checkbox"/> その他：							<input type="checkbox"/> 無)	
直近のバイタルサイン									
測定時間	時	分	意識レベル	<input 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	回/分	脈拍数	回/分	血圧	/	mmHg	体温	℃ SPO2 %	
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。

