

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	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											
記載年月日	令和 2 年 5 月 20 日		生年月日	M・T・ S 2 年 1 月 1 日生		住所	越谷市〇〇1-2越谷マンション101				
ふりがな	しがや にお		性別	TEL 048(000)0000	電話	048-974-0000					
氏名	越谷 越男		男 女		携帯電話	090-0000-0000					
住所	越谷市〇〇1-2-3				緊急連絡先②						
※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）					ふりがな	しがや はなこ 続柄					
救急要請に至った状況					氏名	越谷 花子 長女					
※今回はどうしましたか（可能な限り記載して下さい）					住所	東京都〇〇区〇〇1-1					
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。					電話	03-0000-0000					
※下記の□には、レ点でチェックしてください。					携帯電話	080-0000-0000					
					備考				緊急連絡先③		
					転倒	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	窒息	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	ふりがな		
失禁	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	出血	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	氏名							
麻痺	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	嘔吐	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	住所							
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)					電話						
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)					携帯電話						
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				
その他			体温	36.1 °C		SPO2	97 %				

※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 :	0
<input checked="" type="checkbox"/> 循環器疾患	病名 :		〇〇総合病院
<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	〇〇市民病院
<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（DNAR）	<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