

<b>救急情報提供書</b>	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								
<b>基本情報</b>						住所								
記載年月日	年	月	日	生年月日	M・T・S 年 月 日生	電話								
ふりがな			性別	TEL	( )	携帯電話								
氏名			男・女			緊急連絡先②								
住所						ふりがな		続柄						
<b>※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）</b>						氏名								
救急要請に至った状況						住所								
※今回はどうしましたか（可能な限り記載して下さい）						電話								
												携帯電話		
												緊急連絡先③		
												ふりがな		続柄
転倒	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	窒息	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	備考		住所								
失禁	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	出血	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )			氏名								
麻痺	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	嘔吐	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input 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 :					電話								
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 :					※上記の連絡先（家族等）に連絡の有無 <input type="checkbox"/> 連絡済 ( ①・②・③ ) / <input type="checkbox"/> 未								
<b>直近のバイタルサイン</b>														
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。

