

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	こがや こお	性別	TEL	電話	048-974-0000
氏名	越谷 越男	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	048(000)0000	携帯電話	090-0000-0000
住所	越谷市〇〇1-2-3				
※緊急時情報 (緊急時に記載して下さい。)					
救急要請に至った状況					
※今回はどうしましたか (可能な限り記載して下さい) ベッドから降りスリッパを履く際に転倒し、左足を負傷した。 なお、職員が様子を見に行ったら倒れているのを発見する。					
※下記の□には、レシメでチェックしてください。					
転倒	( <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )	窒息	( <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	備考	
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。)	
麻痺	( <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	嘔吐	( <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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 )					
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	<input type="checkbox"/> 〇〇 病院	
<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"/> 〇〇 病院
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	病名	:	在宅酸素	:	ℓ <input type="checkbox"/> 〇〇 総合病院
<input checked="" type="checkbox"/> 循環器疾患	病名	:	後遺症	:	<input type="checkbox"/> 〇〇 〇〇 〇〇
<input type="checkbox"/> 脳疾患	病名	:	後遺症	:	<input type="checkbox"/> 〇〇 〇〇 〇〇
<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"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 自立・機能良好 <input type="checkbox"/> 部分介助 ( <input type="checkbox"/> 歩行可能・ <input type="checkbox"/> 歩行不可 ) <input type="checkbox"/> 全介助 (寝たきり) <input type="checkbox"/> 意思疎通 ( <input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 救命処置は、しないでほしい ※1				
	<input type="checkbox"/> 何もしないでほしい ※2				
	<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、救命処置には含まれません。 ※2 救命隊は、心肺蘇生は必ず実施しながら搬送します。					
救急情報提供書 作成者		作成日	平成 29 年 5 月 20 日		
		更新日	平成 30 年 3 月 15 日		
		ふりがな	こがや たろう	氏名	越谷 太郎
		関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

◎この提供書は、現場の救命隊に迅速・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いたしません。  
 ◎救急車を要請した場合、救命隊に救急情報提供書を選ずることに同意します。本人との続柄 (長男) 氏名 越谷 太郎