

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										
記載年月日	年	月	日	生年月日	M・T・S	住所	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						住所				
電話						電話				
携帯電話						携帯電話				
転倒	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	窒息	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	備考						
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。

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 type="checkbox"/> 高血圧	普段の血圧	/	mmHg	
<input 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	: ℓ
<input type="checkbox"/> 循環器疾患	病名	:		
<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 type="checkbox"/> 認知症	程度は	:	<input 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 type="checkbox"/> その他	病名	:		
<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。

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					
2					
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 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	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 救命処置は、しないでほしい ※1		更新日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 何もしないでほしい ※2		ふりがな	氏名		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input 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（ ） 氏名