

救急隊への情報提供カード

入所者の情報を記入し、救急隊に渡してください。 ※ 裏面も確認してください。

ふりがな			生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	
氏名								
住所						<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
TEL	()		—		<input type="checkbox"/> 施設と同じ			
認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	介護等	要支援 □ □ 1 2	要介護	□ □ □ □ □ □ 1 2 3 4 5		
病歴等 既往症	<input type="checkbox"/> 心疾患		<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> その他(記入して下さい)			
	<input type="checkbox"/> 脳疾患		<input type="checkbox"/> 肝疾患					
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍					
常用服用薬			お薬手帳	準備済み	無し			
搬送希望先	無	有	(どこへ					病院)
主治医の 連絡	無	有	(指示内容)
家族への 連絡	無	有	(誰に					続柄)
ADL 日常生活動作	歩行	<input type="checkbox"/> 全介護	<input type="checkbox"/> 一部介護	<input type="checkbox"/> 自立				
	食事	<input type="checkbox"/> 全介護	<input type="checkbox"/> 一部介護	<input type="checkbox"/> 自立				
	排泄	<input type="checkbox"/> 全介護	<input type="checkbox"/> 一部介護	<input type="checkbox"/> 自立				
緊急時の 心肺蘇生 の希望	DNR(蘇生拒否)に関する意思表示などはありますか？			有(本人・家族) ・ 無				
	(特記事項)							

※1 入所者の容態が悪い場合は、救命手当を優先してください。

※2 記入につきましては、わかる範囲でお願いします。

※3 施設に、このカードの代用となるものがあれば、その写しをお渡しください。

※4 このカードは、救急業務以外に使用しません。

☆☆救急隊に、次の事項を伝えてください☆☆

1 発症、受傷を目撃しましたか。

はい

いいえ

時

分 頃

2 発症、発見時の状況

呼びかけに反応有

呼びかけに反応無

ケイレン

麻痺

嘔吐

吐き気

胸痛

失禁

3 応急処置

酸素投与

リットル

心臓マッサージ

AED

吸引

異物除去

4 バイタルサイン

測定結果 (測定できる 範囲で記入)	血圧	体温	脈拍	SPO2
		°C	回/分	%