

救急隊への情報提供カード

●事前に入所者の情報を記入しておいてください。

ふりがな 氏名			年齢	歳	性別	男・女
住所	<input type="checkbox"/> 施設と同じ		生年月日	<input type="text"/>	大正 昭和 西暦	
			TEL			
常用服用薬			お薬手帳等	有・無		マイナ保険証
			アレルギー	有() 無		
病歴等 既往症	現病歴等		既往歴			
ADL	会話	(可能・一部可能・不可)	食事	(自力・一部介助・全介助)		
	歩行	(自力・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行器		
かかりつけ 医療機関名	Tel		担当医師名 (診療科)	() 科)		
緊急連絡先 (家族等)	住所		TEL			
	氏名		続柄			
心肺蘇生を望まない 意思表示	有(本人・家族)・無		ACP確認:	年 月 日現在		
			ACPを取り扱った医療機関:	連絡先		

● 救急要請時に記載して、救急隊に渡してください

搬送希望先	<input type="checkbox"/> かかりつけ	連絡	誰に 済()・未
主治医への 連絡	誰が 誰に 有・無	家族への 連絡	誰に 有・無 続柄
1 発症、受傷を目撃しましたか。 <input type="checkbox"/> はい(日 時 分ころ) <input type="checkbox"/> いいえ			
2 最終健在(普段とおり)確認時間 日 時 分ころ			
3 発症または発見時の状況、主訴など			
意識			
呼吸 回			
脈拍 回			
血圧 / mmHg			
SPO2 %			
体温 °C			

※1 入所者の状態が悪い場合は、救命手当を優先してください。

※2 救急要請後は、玄関の開錠、傷病者の場所まで誘導をお願いします。

※3 救急搬送時には、付き添いをお願いします。

※4 このカードは、救急業務以外に使用しません。

※5 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下さい。