

救急情報提供票

《事前記載事項》

フリガナ 氏名	ホウフ タロウ 防府 太郎	男・女	生年月日	M・T・S・H・R・西暦 20 年 1 月 23 日
住所	防府市佐波二丁目〇番〇号 ☒ : 施設に同じ			
病歴等	・狭心症（平成〇年〇月）			
	・高血圧（平成〇年△月）			
	・認知症（平成△年〇月）			
常用服用薬	・ワーファリン ・アムロジピン ☒ : 薬手帳参照 ☐ : マイナンバーカード（健康保険証紐づけ済）			
アレルギー	有・無			
かかりつけ 病院等	医療機関名	〇〇病院	担当医師	△△医師 0835-△△-1234
		□□医院	〇〇医師	0835-××-5555
緊急連絡先 （家族等）	氏名	防府 一郎	続柄 （長男）	電話番号 ① 090-1234-△△△△ ② 0835-23-××××
	住所	市内 市外（山口市）	勤務先等	会社名等：〇〇会社□□営業所 電話番号：0835-25-□□□□

ACP・DNAR意思表示の有無

☒あり（書面・口頭）☐なし

《救急要請時の状況》：救急要請に至るまでの経緯や理由を記載してください。

発症（受傷）を目撃しましたか？	☒ はい ☐ いいえ
目撃または発見した時刻	1月 1日 午前・午後 10時 20分頃
発症（受傷）時または発見時の状況	
開眼：あり・なし 呼び掛け等に対する反応：あり・なし 会話：可能・不可	
所見のあるものに ☒	☒ 呼吸苦 ☒ 胸痛 ☐ 頭痛 ☐ 嘔気・嘔吐 ☒ 冷汗 ☐ けいれん ☐ 麻痺（右・左） ☐ 失禁 ☐ その他（ ）
10時20分頃、談話室で会話中に胸痛を訴える。	
自室で様子を見ていたが、痛みが増強。	
10時30分、〇〇病院へ連絡。	
△△医師から救急車で来るよう指示。受入確認済み。	
箇条書き等で、わかりやすく記入してください。	
◆最終食事：1月 1日 午前・午後 7時45分頃	
普段どおりの状態等の最終確認	1月 1日 午前・午後 10時 20分頃
日常生活	介護認定等 ☒ 要介護 ☐ 要支援 1・2・3・4・5
	会話 ☐ 良好 ☒ 一部可能（聞き取りにくい・理解に時間がかかる） ☐ 不可
	歩行 ☒ 可能 ☐ 介助があれば可能 ☐ 車イス ☐ 不可（寝たきり）

※この情報提供票は、救急業務以外に使用しません。

【防府市消防本部】