

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 | | | <input checked="" type="checkbox"/> ：薬手帳参照 |
| 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-□□□□ |

| | | |
|-----------------|---|--------------------------------------|
| D N A R 意思表示の有無 | 書面提出 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※救急要請時には書面の確認をさせていただきますので、準備をお願いします。 |
|-----------------|---|--------------------------------------|

《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？ | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 目撃または発見した時刻 | 1 月 〇 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： <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 呼び掛け等に対する反応： <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 会話： <input checked="" type="checkbox"/> 可能 不可 | |
| 所見のあるものに <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸苦 <input checked="" type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 麻痺（右・左） <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 10時20分頃、談話室で会話中に胸痛を訴えたもの。 | |
| 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。 | |
| 簡条書き等で、わかりやすく記入してください | |
| ◆最終食事： 〇日 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 〇 日 午前・午後 10 時 20 分頃 |
| 日常生活 | 介護認定等 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2・3・4・5 |
| | 会 話 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能（聞き取りにくい、理解に時間がかかる） <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 歩 行 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 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】