

救急情報提供票

《事前記載事項》

フリガナ			男・女	生年月日	M・T・S・H・R・西暦
氏名				年	月 日
住所	□：施設に同じ				
病歴等					
常用服用薬	□：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		担当医師	緊急時連絡先	
緊急連絡先（家族等）	氏名	続柄	電話番号	①	
		()		②	
	住所	市内・市外 () 市	勤務先等	会社名等： 電話番号：	

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	月 日 午前・午後 時 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（ ）
◆最終食事： 日 午前・午後 時 分頃	
普段どおりの状態等の最終確認	月 日 午前・午後 時 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】