

救急車連携シート

【事前記載事項】 事前に記載しておいて下さい

年 月 日現在の情報

傷病者情報	[住所]	□:施設と同じ		[性別]	男 ・ 女
	フリガナ [氏名]	[生年月日]	年	月	日(歳)
	傷病名	治療を開始した時期	かかりつけ病院	主治医	
現在治療中の病気・ケガ					
既往歴 (過去に治療し完治したもの)			常用服用薬 (お薬手帳写し可)	おくすり手帳(有 ・ 無)	
緊急連絡先 (家族等)	氏名	続柄()	連絡先		
	氏名	続柄()	連絡先		
日常生活	会話	可能 ・ 一部可能 ・ 不可	歩行	可能 ・ 一部介助 ・ 全介助	

【119番通報時の記載事項】

<本日救急搬送を要請するに至った理由を記載し救急隊に渡して下さい>

発症(受傷)を目撃しましたか?	はい(時 分頃) ・ いいえ				
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	時 分頃				
医療機関への電話連絡	未 ・ 済 病院名()	結果	受入可 ・ 受入不可		
[急変した時・負傷した時の状況(時間を含む)、主な訴えや症状など] <いつ>	* 該当する項目にレ点を入れて下さい				
<どこで>	<input type="checkbox"/> : 顔面蒼白	<input type="checkbox"/> : 下血			
<なにをされていて>	<input type="checkbox"/> : チアノーゼ	<input type="checkbox"/> : 胸痛			
<どのようになったか>	<input type="checkbox"/> : 吐血	<input type="checkbox"/> : 冷や汗			
	<input type="checkbox"/> : 喀血	<input type="checkbox"/> : 呼吸苦			
	<input type="checkbox"/> : 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> :			
	<input type="checkbox"/> : 言語障害	<input type="checkbox"/> :			
	<input type="checkbox"/> : けいれん	<input type="checkbox"/> :			
	<input type="checkbox"/> : 失禁(小・大)	<input type="checkbox"/> :			
	<input type="checkbox"/> : 麻痺()	<input type="checkbox"/> :			
	<input type="checkbox"/> : その他()	<input type="checkbox"/> :			
血圧	SPO2	脈拍数			

【お願い】

- ①速やかな救急搬送のため、玄関の開錠をし、傷病者の元へ誘導をお願いします。
- ②救急搬送の際は、傷病者の発症状況がわかる方が救急車へ同乗して下さい。