救急情報連絡シート

◆傷病者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | □男性□女性 | 電話 |  |
|  |
| 生年月日 | □大正 　□昭和 　 □平成 　□令和 | 職業 |  |
| 年　　　月　　　日 （　　　歳） |
| 住所 |  |

◆医療情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主訴症状の経過 |  | jintaizu |
| 意識 | □清明　　　□意識障害あり　　JCS -　　　　　　　　　 （ □R　□I　□A ） |
| 呼吸 | 回／分　□正常　□浅い　□深い　□湿性　□乾性　□喘鳴　□下顎 |
| 脈拍 | 　　　　回／分　□正常　□弱い　□強い　□不整　□左右差（　　　　　　　　） |
| 血圧 | 　　　　／　　　　　mmHg　⇒　2回目　　　時　　分　　　　／　　　mmHg |
| 体温 | 　　　　℃　　　□腋窩　□鼓膜　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ECG |  |
| SpO2 | 　　　　%　酸素投与　　　　L／分　⇒　　　　　% |
| 輸液・投薬 |  |
| ADL | 歩　　行：□自立　　　□一部介助　　　□常時臥床意思疎通：□可能　　　□一部可能　　　□不可 |
| 過去の病気 | 　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療中の病気 | 　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 | 　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

□裏面のチェックリストもご活用ください。

□本シートに関するお問い合わせ先　横手市消防本部救急課救急係　0182‐32‐1247

　　　　　救急要請時のチェックリスト

～確認もれ・お忘れ物はないですか？～

【連　絡】

□家族・関係者等に連絡

□主治医に連絡　　　　（　　　　　　　　　　　　）先生

□かかりつけ病院に連絡（　　　　　　　　　　　　）病院

□救急車を呼んだことを他の職員に周知

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　）

【持ち物】

□健康保険証　※マイナンバーカードも可

□介護保険証　　　　　　　　□ペースメーカー手帳

□お薬手帳　　　　　　　　　□処方薬

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

【その他】

救急車に同乗される方は決まりましたか？

□医師　　□看護師　　□介護職員　　□その他（　　　　　）

～救急車が到着しましたら、案内誘導をお願いします～

|  |
| --- |
| その他、救急隊に伝えたいこと |
| （メモ欄） |
| 記載例　〇難聴で左側からお声がけしています。　〇透析シャントは右手です。〇右目の視力がありません。 |

□本シートは横手市ホームページに掲載しています。

　URL：https://www.city.yokote.lg.jp/syoubou/1001575/1008769.html