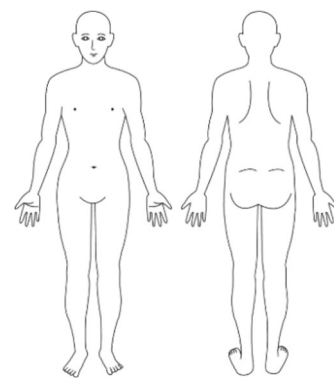


救急情報連絡シート

◆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 年 月 日 (歳)	職業	
住所			

◆医療情報

主訴 症状の 経過			
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 ○難聴で左側からお声がけしています。 ○透析シャントは右手です。
○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>