

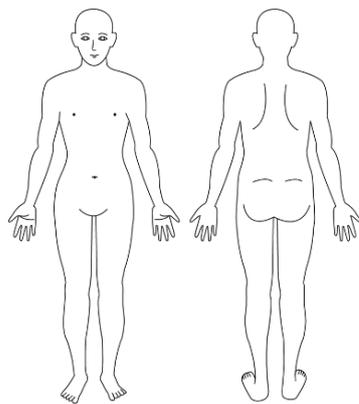
救急情報連絡シート

Ver.R5年1月

◆傷病者情報

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)	職業	
住所			

◆医療情報

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

- 医療保険証 介護保険証
- お薬手帳 ペースメーカー手帳
- 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>