

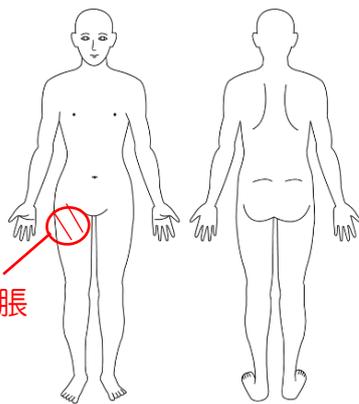
救急情報連絡シート

Ver.R5年1月

◆傷病者情報

ふりがな 氏名	しょうぼう たろう 消防 太郎	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇歳)	職業	無職	
住所	〇〇市〇〇町字〇〇 〇〇番地 老人ホーム〇〇〇〇〇			

◆医療情報

主訴 症状の 経過	<p>右大腿骨頸部骨折の疑い</p> <p>本日、15時ごろトイレで足を滑らせ転倒。 右股関節部の痛み、変形腫脹。 嘱託医が往診し、上記疑いにより救急車要請。</p>  <p>変形腫脹</p>
意識	<input checked="" 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	20回/分 <input checked="" 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	84回/分 <input checked="" 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	140 / 90 mmHg ⇒ 2回目 〇 時 〇 分 135 / 88 mmHg
体温	36.5 °C <input checked="" type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 鼓膜 <input type="checkbox"/> その他 ()
ECG	
SpO2	99 % 酸素投与 L/分 ⇒ %
輸液・投薬	
ADL	歩 行： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 常時臥床 意思疎通： <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (脳梗塞)
治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (高血圧、糖尿病)
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (〇〇〇病院)

□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 横浜市消防本部救急課救急係 0182-32-1247

