

救急搬送時情報提供シート		事業所名	※在宅や短期入所の場合は、家族またはケアマネジャーが作成すること 特別養護老人ホーム〇〇		
		住所	小田原市城山〇〇番地		
		電話番号	0465-〇〇-〇〇〇〇		
作成日	R 4年 〇月 〇日	作成者氏名	高齢 太郎		
ふりがな 氏名	おだわら いちろう 小田原 一郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
		生年月日	1941年 4月 1日		
住所 (住民登録地)	小田原市荻窪〇〇番地				
緊急連絡先 氏名	※キーパーソンを記入 小田原 梅子		続柄	長女	
			電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
現在治療中の 病気	<input checked="" type="checkbox"/> 病名 (高血圧・糖尿病・脳梗塞) <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 (脳血管性) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ()				
【医療機関名】	【〇〇クリニック				】通院・訪問診療
過去の病気 (既往歴)	※病名・受診医療機関・時期が分かるよう記入 または、別紙の添付可 H30年度 白内障 〇〇眼科 R2年9月 脳梗塞 B病院 R1年5月 大腸がん A病院				
内服薬	※お薬手帳(写)・別紙を添付 ※お薬手帳の原本がある場合は記入不要 原本を添付予定				
アレルギー	※有の場合、何に対するアレルギーか記入→		薬		
	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		食べ物		
			その他		
特別な医療 ※該当項目に〇					
点滴の管理	中心静脈栄養	<input checked="" type="radio"/> ストーマ	人工呼吸器	気管切開	
疼痛の看護	経管栄養	じょくそう(位置:)	吸引	インスリン	
酸素療法[常時:()L/min 睡眠時:()L/min 労作時:()L/min]		透析(シャント位置:右/左)			
基本動作等 ※該当項目に〇					
歩行	自立・介助・ <input checked="" type="radio"/> 車いす・不可(ベッド)		意思疎通	可能 <input checked="" type="radio"/> 一部可・不可(言語障害:有・ <input checked="" type="radio"/> 無)	
体重	55 kg (▲月 ▲日計測)		取り外し可能な 入れ歯の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
麻痺の箇所	<input checked="" type="radio"/> 左上肢 <input checked="" type="radio"/> 右上肢 <input checked="" type="radio"/> 左下肢 <input checked="" type="radio"/> 右下肢 ・ 無		(その他麻痺記入欄)	なし	
食事	自立・介助・ <input checked="" type="radio"/> 経口摂取不可		(食事形態記入欄)	きざみ食	
DNAR (蘇生拒否) 同意書	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 不明		※有の場合は同意書の写しを添付してください。 ※DNARの意思表示があった場合でも、救急隊は救急法等に基づき、必要な応急処置を実施して医療機関に搬送します。		

以下の項目は、救急搬送時に記入すること

記入者氏名 (連絡先)	介護 花子 (特別養護老人ホーム〇〇職員) (0465-〇〇-〇〇〇〇)				
呼吸回数	55 回/分	脈拍	80 回/分	血压	180/ 100 mmHg
体温	36.1 度	最終食事時間	3月 2日 11時 40分		

救急要請の経過

- いつ状態の変化に気づいたか
R4.3/2 屋食後(13時頃)、職員の声かけに対して、ろれつが回っていない様子あり。反応も普段より悪い。
- 変化の経緯
施設医に連絡し、バイタル測定して様子見。特段変化は無し。
- 特記事項
簡単な受け答え(はい・いいえ等)は可能。

※上段(太枠内)は、分かる範囲内で事前に記入し、変更があった場合は随時更新してください。

※本書は救急搬送時に、救急隊と病院へ情報提供するためのものです。これらの情報が迅速な搬送につながるため、日頃から準備しておきましょう。なお、追加情報(サマリーなど)も別途、情報提供してください。

※本書は小田原市及び三師会をはじめとする医療・介護に関する各種団体公認の書式です。