

<b>救急搬送時情報提供シート</b>		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		
		住所			
		電話番号			
作成日	年 月 日	作成者氏名			
ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女		
		生年月日	年 月 日		
住所 (住民登録地)					
緊急連絡先 氏名	※キーパーソンを記入		続柄		
			電話番号		
現在治療中の 病気	<input type="checkbox"/> 病名( ) <input type="checkbox"/> 認知症( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患( )				
【医療機関名】	【 】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				
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				
アレルギー	※有の場合、何に対するアレルギーか記入→		薬		
	有 ・ 無		食べ物		
			その他		
特別な医療 ※該当項目に○					
点滴の管理	中心静脈栄養	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○					
歩行	自立・介助・車いす・不可(ベッド)		意思疎通	可能・一部可・不可(言語障害: 有・無)	
体重	kg ( 月 日計測)		取り外し可能な 入れ歯の有無	有 ・ 無	
麻痺の箇所	左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・無		(その他麻痺記入欄)		
食事	自立・介助・経口摂取不可		(食事形態記入欄)		
DNAR (蘇生拒否) 同意書	有 ・ 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)	( )		
呼吸回数	回/分	脈拍	回/分	血压	/ mmHg	
体温	度	最終食事時間	月 日	時 分		
救急要請の経過						
・ いつ状態の変化に気づいたか						
・ 変化の経緯						
・ 特記事項						

※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。