

情報提供シート

年 月 日 記入
月更新

・患者情報【もしもの時に備えてあらかじめ記入してください】

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	歳
住所				電話番号	-	-		
現病等	現在治療中の病気やケガ		既往歴	過去に治療し、完治したもの				
服用薬	お薬手帳（有・無）		アレルギー	有・無				
かかりつけ	病院名		ADL	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助			
	医師名			食事	自立・見守り・一部介助・全介助			
	電話番号			排泄	自立・見守り・一部介助・全介助			
DNAR（蘇生を試みないで）の意思表示はありますか？			有（本人 家族 かかりつけ医師） 無					
緊急連絡先	氏名				続柄			
（家族等）	住所				電話番号			

※記入する際は、必ず本人（もしくは家族）に同意を得てご記入ください。

・119番通報時記入事項【分かる範囲で記入してください。】

発症（受傷）の時間を目撃（または音をきく）をしましたか？		はい ⇒	月	日	頃	
いいえ ⇒		普段の状態を最後に確認したのはいつですか？ ⇒	時	分		
よびかけに目を開けている ・ 痛み刺激で開けない			最後に食事をした時間			
普段通りの呼吸している ・ 普段通りではない ・ 呼吸なし			日	時	分 頃	
救急要請時の状況	いつ・・・					
	どこで・・・					
	何をしていた・・・					
	どうなった・・・					
	意識		呼吸	回/分	脈拍	回/分
	SpO2		血圧	/ mmHg	体温	℃
所見	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> いびき様呼吸 <input type="checkbox"/> 失禁（大・小） <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> （ ）痛 <input type="checkbox"/> 麻痺（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					

・救命処置の状況

救命処置	心肺蘇生 ・ 胸骨圧迫のみ ・ 人工呼吸のみ	開始時刻	時	分
AEDの使用	ショックの実施 有・無	回数	回	使用時刻 時 分

※ 記入していただいた事項は、救急業務以外の目的で使用しません。