

緊急時の情報連絡票 【自宅/介護施設⇒救急隊⇒病院】

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。（連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください）

【事前記載事項】

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	年齢
氏名	男・女	M・T・S・H	年 月 日	
住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設			
緊急連絡先①	氏名[続柄]	[]	() - () -	
緊急連絡先②	氏名[続柄]	[]	() - () -	
かかりつけ医療機関	() -		主治医	
病歴・既往症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症			
	【詳細】			
DNAR(治療に関する意思)	無・有	特記事項		

ここまでは同意を得た上で事前に記載をしておきます

記載者:

() -

【119番通報時の記載事項】

※応急手当を優先し、書ける範囲で記載してください

発症(受傷)を目撃しましたか	いいえ ・ はい (月 日 時 分頃)				
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など		※いつもと異なる症状について記載してください			
①呼びかけに	<input type="checkbox"/> :反応あり	<input type="checkbox"/> :反応なし	<input type="checkbox"/> :顔面蒼白	<input type="checkbox"/> :嘔気・嘔吐	
②意識の経過	<input type="checkbox"/> :変化なし	<input type="checkbox"/> :改善している	<input type="checkbox"/> :頭痛	<input type="checkbox"/> :胸痛	
	<input type="checkbox"/> :波がある	<input type="checkbox"/> :悪化している	<input type="checkbox"/> :発熱	<input type="checkbox"/> :冷や汗	
③その他			<input type="checkbox"/> :けいれん	<input type="checkbox"/> :失禁	
			<input type="checkbox"/> :呼吸苦	<input type="checkbox"/> :イビキ呼吸	
			<input type="checkbox"/> :黄疸	<input type="checkbox"/> :うまく話せない	
			<input type="checkbox"/> :麻痺()		
			<input type="checkbox"/> :その他()		
呼吸	回/分	脈拍	回/分	血圧 / mmHg	体温 °C
主治医への連絡		未・済 (指示内容など:)			
緊急連絡先への連絡		未・済 (指示内容など:)			



119番通報



119番消防です。火事ですか？救急ですか？

救急です。

救急車の向かう住所を教えてください。

〇〇市〇〇町〇〇番地です。施設の名前は〇〇です。

どなたが、どうされましたか？

〇歳の（男/女）性です。
〇時頃より様子が〇〇〇で、今の状態は〇〇です。
既往症は〇〇です。
かかりつけ病院は〇〇です。
かかりつけ病院には連絡（未/済）です。

あなたのお名前と電話番号を教えてください。

私の名前は〇〇です。電話番号は〇〇です。

着いたら傷病者のところまで案内してください。

「意識なし」「呼吸あり」の場合

呼吸の状態をしっかり見ておいてください。
呼吸をしなくなったら、心肺蘇生法を実施してください。

