

救急情報提供書										施設名													
										住所													
										TEL													
※ この情報は、緊急時に救急隊がスムーズな病院選定や医師への引継ぎをするために使用するものです。なお、使用後の「救急情報提供書」は原則救急隊が処分いたします。																							
※ 記入していただいた内容は救急業務以外には使用いたしません。																							
※ 情報提供書の情報は状況が変わった際に適宜更新し、「更新年月日」も更新してください。																							
※ 入居者基本情報 ①（事前に記載してください）																							
記載年月日				令和 年 月 日				更新年月日				令和 年 月 日											
入居者				フリガナ								性別											
				氏名								男・女											
				住所								TEL - -											
緊急連絡先 ①				氏名								続柄								TEL - -			
				住所												※緊急連絡 済・未							
緊急連絡先 ②				氏名								続柄								TEL - -			
				住所												※緊急連絡 済・未							
※救急要請時情報（救急要請時に記載してください）																							
救急要請に至った状況今回はどうしましたか（可能な限り記載してください）																							
転倒（ ☐ 有・ ☐ 無）、痛み（ ☐ 有：部位名 ☐ 無）、麻痺（ ☐ 有：部位名 ☐ 無）、嘔吐（ ☐ 有・ ☐ 無）、窒息（ ☐ 有・ ☐ 無）、実施した処置・薬剤（ ☐ 有・ ☐ 無）																							
直近のバイタルサイン等（施設側記載） 【 時 分 】																							
意識		JCS						血圧		／ mmHg													
呼吸数		回／分		脈拍数		回／分		体温		℃		SpO2		%									
最終食事		時 分						最終健在時間		時 分													
救急要請された入居者の担当職員				氏名（職種）：						連絡先：													
連絡済医療機関の有無				あり ・ なし						医療機関名：													
救急隊記入欄																							
聴取内容等																							
バイタルサイン（救急隊記載） 【 時 分 】																							
意識		JCS						呼吸数		回／分		脈拍数		回／分									
体温		℃		SpO2		%		血圧		／ mmHg													

※ 入 居 者 基 本 情 報 ②（事前に記載してください）				
☐ 高 血 圧	普段の血圧 / mmHg			
☐ 糖 尿 病	インスリン使用：有・無		空腹時の血糖値： mg/dL	
☐ 呼吸器疾患	病 名：		在宅酸素： L	
☐ 循環器疾患	病 名：			
☐ 脳 疾 患	病 名： 後遺症：失語症・右片麻痺・左片麻痺・全麻痺			
☐ 悪 性 腫 瘍	部 位：			
☐ 認 知 症	程度： ☐ ほぼ自立 ☐ 日常生活に支障 ☐ 常に要介護 他（ ）			
	意思疎通： ☐ 可能 ☐ 困難（具体的な様子： ）			
☐ 精 神 疾 患	病 名：			
☐ そ の 他	病名等：			
☐ アレルギー	☐ なし ☐ あり（アレルゲン： ）			
内服薬情報 （※ おくすり手帳や薬の成分表での代用可。内服している薬も御用意ください。）				
掛かりつけ又は協力医療機関等				
①	医療機関名		主治医氏名	
	TEL		診 療 科 目	
②	医療機関名		主治医氏名	
	TEL		診 療 科 目	
要介護度、A D L 等				
介 護 区 分	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
A D L	移動	自立	一部介助	全介助
	食事	自立	一部介助	全介助
	排泄	自立	一部介助	全介助
	入浴	自立	一部介助	全介助
持ち物				
お薬手帳、内服薬、マイナ保険証、資格確認証、診察券及び看護サマリーなどを御用意ください。				
※ 家族等が病院に来られなかったり、救急車に同乗できない場合には、原則施設職員の同乗をお願いします。 ※ 救急車を要請する際は、可能な限り、協力医療機関等に連絡し、収容医療機関を確保してください。 ※ このシートの代用となるものがあれば、その写しを御提供いただいても結構です。 ※ 延命処置及びD N A Rに関する書類があれば、別途御用意ください。 ※ 記入は可能な範囲で結構です。生命に危険があると判断した場合は、救急情報提供書の記入よりも救命処置を優先してください。				
同 意 欄				
救急情報提供書に記載する個人情報について、緊急時に消防機関及び医療機関へ提供することに同意します。 ※ 同意者は本人であることが望ましいですが、本人が記載することが困難な場合は代諾者による署名をお願いいたします。				
同意年月日 令和 年 月 日				
同意者氏名（続柄）				