

施設名	グループホーム〇〇〇	作成日	令和 3 年 3 月 22 日
TEL	0897-〇〇-◇◇◇◇	作成者	本人・家族・施設 (消防 太郎)

## 【事前に記載いただく事項】

フリガナ 氏名	さいじょう しょうた	男・女	生年月日	MT SH	21年1月19日(75歳) 「西暦1946年」
住所	西条市新田183番地1			TEL	0897-55-0119
現病歴	現在治療中の病気・ケガ 病名 ( 高血圧症・糖尿病 )		既往歴	過去の病気 病名 ( 脳梗塞 )	
常用服用薬	お薬手帳 (有・無) 薬名 ( ワーファリン )	アレルギー	有・無 病名 ( )		
かかりつけ 病院等	病院名	〇〇〇病院	A D L	歩行	自立 杖歩行・車椅子・寝たきり
	診療科	内科		要支援	1・2
	TEL	0897-〇〇-◇◇◇◇		要介護	1・2・3・4・5
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 (家族等)	①氏名 (続柄)	西条 消一 (長男)	②氏名 (続柄)	西条 消子 (長女)	
	住所 TEL	西条市新田183-1 090-1234-□□□□	住所 TEL	西条市新田1830-1 090-5678-□□□□	

## 【119番通報時に記載いただく事項】 記載できる範囲で、かまいません。

発症 (受傷) を目撃 (音を聞く) しましたか?	はい	⇒	22日 15時00分頃			
いいえ	⇒	普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	⇒			
通報時	会話	可能・一部可能・不可	最終食事	23日 12時00分頃		
	歩行	可能・一部可能・不可		内容	ご飯・煮物・味噌汁など 完食した	
救急車 要 請 状 況	いつ・・・	15時前に				
	どこで・・・	談話室で				
	何をした・・・	他の入所者と談話中				
	どうなった・・・	急に崩れるように椅子からずり落ちた				
	意識	なし	呼吸	普通 回/分	脈拍	84 回/分
	S p O 2	92 % → %	血圧	153/100 mmHg	体温	未測定 °C
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"/> ( ) 痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input checked="" 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"/> 麻痺 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
救急車到着前の状況 意識はなく、いびきをかいていた。 救急車が到着する1分前に意識が回復、いびきも改善された。						

## 《お願い事項》

- ①正常な呼吸 (胸の上下運動がない) がない場合は、心肺蘇生 (胸骨圧迫) を行って下さい。
- ②速やかな処置の実施のため、玄関の開錠・傷病者の居場所への誘導等をお願いします。
- ③救急搬送の際、付き添い (発症状況のわかる方など) をお願いします。

●この救急情報提供シートは、救急業務以外に使用しません。