

救急情報提供シート

記載できる範囲で、かまいません。

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日
氏名								
緊急連絡先 (家族等)	① 氏名 (続柄)			② 氏名 (続柄)				
	住所			住所				
	TEL			TEL				
かかりつけ病院				既往歴				
最終食事時間				アレルギー				
発症(受傷)を目撃(音を聞く)しましたか? はい ⇒								
いいえ ⇒		普段の状態を最後に確認したのはいつですか? ⇒						
救急車 要請 状況	いつ・・・							
	どこで・・・							
	何をした・・・							
	どうなった・・・							
	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"/> 出血(頭部) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 冷感 <input type="checkbox"/> 変形(部位) <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> その他()						
救急車到着前の状況								

《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。