

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 氏名 | サイジョウ タロウ 西条 太郎 | | 男 女 | 生年月日 | 西暦 | 2019年 4月 3日 |
| 緊急連絡先 (家族等) | ①氏名 (続柄) | 西条 部長 (父親) | | ②氏名 (続柄) | 西条 課長 (母親) | |
| | 住所 | 西条市新田183-1 | | 住所 | 西条市新田183-1 | |
| | TEL | 090-0000-0000 | | TEL | 090-0000-0000 | |
| かかりつけ病院 | 〇〇こどもクリニック | | 既往歴 | 熱性けいれん | | |
| 最終食事時間 | 11時30分ごろ | | アレルギー | 卵 | | |
| 発症(受傷)を目撃(音を聞く)しましたか? | | | | はい ⇒ | 16:00頃 | |
| 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・・・ | 16時ごろ | | | | |
| | どこで・・・ | 遊技場 | | | | |
| | 何をした・・・ | 滑り台で遊戯中 | | | | |
| | どうなった・・・ | 転落した | | | | |
| | 所見 | <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input checked="" 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 転倒後、出血については圧迫止血を実施する。その後、嘔吐があった。 | | | | | | |

《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。