

救急医療情報用紙(表面)

このシートは救急患者をスムーズに病院へ搬送するためのものです。

表面(1枚目)は施設入所時等に事前に記入していただき、裏面(2枚目)は救急車到着までに記入しましょう。

記入日 令和 年 月 日

氏名	ふりがな		
	(男・女)		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	津市		
連絡先電話番号	自宅	血液型	型 (Rh) ・ 不明
	携帯	アレルギー	有() ・ 無
健康保険証 生活保護受給 情報		介護度	要支援 1 ・ 2
			要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
緊急連絡先	氏名	住所	電話番号
	① 続柄()		自宅
			携帯
	② 続柄()		自宅
携帯			
かかりつけの 医療機関	医療機関・事業所名	主治医・担当者	電話番号
利用中の 訪問医療 介護事業所など			
担当ケアマネジャー			
治療中の病気の 経過			
服用中の薬 (お薬手帳や説明書で代用 可)	(服用中なら <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬		
既往歴・手術歴 (罹患年齢・治療方法など)			
普段の移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()		
その他	● 延命治療、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の話をした相手はいますか ない ・ ある (誰と) ● 特記事項(本人の意向など)		
本人以外が 記入の場合	記入者名	本人との関係	記入者所属(事業所名等)

裏面(2枚目) 救急車要請時の記入欄もあります

津市在宅療養支援センター作成 2024.3改訂

裏面 2025.3改訂

救急車要請時 記入・チェック項目(裏面)

コロナワクチン接種歴	回 (最終接種日 月 日)												
救急要請時の状況	※救急車を要請した理由、バイタルサイン、最終の服薬・食事時間など 記載可能な限りで可 ・救急車の要請に至ったきっかけ(複数可) <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 主治医の指示 <input type="checkbox"/> 施設の判断												
	・いつから？最後に普段通りだったのは？												
	・どのような症状？												
	・どのぐらい続いている？												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="2">バイタルサイン</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">脈拍</td> <td style="text-align: center;">回/分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">血圧</td> <td style="text-align: center;">mmHg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">呼吸数</td> <td style="text-align: center;">回/分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SpO₂</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">体温</td> <td style="text-align: center;">℃</td> </tr> </table>	バイタルサイン		脈拍	回/分	血圧	mmHg	呼吸数	回/分	SpO ₂	%	体温	℃
バイタルサイン													
脈拍	回/分												
血圧	mmHg												
呼吸数	回/分												
SpO ₂	%												
体温	℃												
最終食事・水分摂取時刻	時頃 ・ 不明												
最終服薬時刻	時頃 ・ 不明												
救急車の同乗・追走	可 ・ 否												
	付添者名												

※以下は施設入所中の場合、施設職員が記入

施設内 インフルエンザ感染者	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
施設内 新型コロナ感染者	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり

《救急隊到着までに協力していただきたいこと》

- 情報用紙を記入する
- 搬送希望、又は搬送可能な病院があれば電話し、搬送許可を得る
- サマリー、服薬情報のコピーを準備する
- 家族へ救急搬送の理由を説明する
- 心停止、呼吸停止の場合はDNARの確認をする
 ※主治医及び家族に連絡して延命処置を行うかどうかを確認する

《救急隊到着後に協力していただきたいこと》

- 救急現場まで救急隊を誘導する
- 1番状況をよく理解している1名が救急隊に状況を説明する
- 可能であれば救急車に同乗又は追走する