

救急情報シート

救急要請いただいた施設名

※太枠内を事前に記載して保管し、救急隊へ渡してください。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	
氏名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正	年	月	日生 (歳)
住所				
●現病歴・既往歴				
【かかりつけ医療機関】 <input type="checkbox"/> 飯山赤十字病院 <input type="checkbox"/> 北信総合病院 <input type="checkbox"/> ()		【アレルギー】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明 【最終飲食時刻】 時 分頃 <input type="checkbox"/> 不明 【内服薬】※お薬手帳があれば記載不要です。		
【ADL】 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり・要介護 <input type="checkbox"/> 不明				
●緊急連絡先 (家族の了承を得て記載してください。)(家族への連絡を実施していただくと、助かります。)				
優先順位	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	備考
①			自宅:	
			携帯:	
②			自宅:	
			携帯:	
●救急要請内容 (救急要請時にできる範囲で記載してください。状況により記載できない場合は、下記事項を救急隊に伝えてください。)				
いつから...				
何をしている時に...				
どんな症状が...				
行った応急手当、バイタル測定値...				

