

救急医療情報（高齢者施設用）

裏面有

（鳥栖・三養基地区消防事務組合）

| | | | |
|------|----------|-------|-----------------|
| ふりがな | | | 年 齢 |
| 氏 名 | | | 歳 (年 月 日現在) |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | |
| 性 別 | 男・女 | | |
| 住 所 | | | |

◆医療情報

| | | | |
|------------------------------------|--|-----|---|
| 現在治療中の病気 | <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 麻痺の <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 () 診断名 () | | |
| | 介護区分 | 歩 行 | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 補助歩行 <input type="checkbox"/> 自力歩行 |
| 普段の生活 | 会 話 可・不可 | 食 事 | 経口・介助経口・その他 () |
| 服用している薬 | お薬手帳があれば救急隊に渡してください。 | | |
| かかりつけの病院 ※おおむね1年以内に 受診歴のある病院 | 病 院 名 : 住 所 : 電話番号 : | | |

◆緊急連絡先

| 氏 名 | 続柄 | 住 所 | 電話番号 |
|-----|----|-----|------|
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|------|-------|------|-------|
| 作成日 | 年 月 日 | 更新日③ | 年 月 日 |
| 更新日① | 年 月 日 | 更新日④ | 年 月 日 |
| 更新日② | 年 月 日 | 更新日⑤ | 年 月 日 |

救急隊への申し送り事項

(救急隊要請時に施設職員等が記入してください)

◆発生状況

| | |
|--------|--|
| 要請概要 | 発生時間 (時 分ごろ ・ 不明) |
| | ・何をしていた <input type="checkbox"/> 就寝中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> その他 () ・症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 意識低下 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 最終バイタル | 測定時間 時 分 ・意識 あり・なし・朦朧 ・呼吸数 ・血圧 / ・SPO2 ・アレルギー 有・無 ・最終食事時間 時 分 |

◆搬送先医療機関

| | | |
|-------|------|-------------|
| 医療機関名 | 担当者名 | (Dr・Ns・事務員) |
|-------|------|-------------|

◆家族連絡

| | | |
|-----|--------|------|
| 未・済 | 名前(続柄) | 電話番号 |
| 未・済 | 名前(続柄) | 電話番号 |

注意事項

1 救急医療情報について

(1) 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を駆け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としていますので、この救急医療情報は救急活動以外には使用しません。

また、全てを記入する必要はありません。可能な限り記入をお願いします。

(2) 救急隊等が救急医療情報を活用することに同意できる場合、ご自身もしくはご家族で記載願います。

(3) 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。(概ね1年更新をお願いします)

(4) 救急医療情報は、第三者に個人情報が漏えいしないように、施設の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

2 緊急連絡先について

連絡先に記載されている方に対し、救急隊等が直接連絡することがありますので、ご自身もしくは施設で事前に説明し、同意を得ておいてください。

3 救急医療情報に関するお問合せは最寄りの消防署へご連絡ください。

(鳥栖消防署Tel.83-7997、西消防署Tel.89-3050、基山分署Tel.92-7911)

※この用紙は救急活動で使用したのち、直ちに処分いたします。