

倉敷市消防局 救急車利用シート

基本情報

○患者情報(もしもの時に備えて予め記入しておき, 随時更新をお願いします。)

氏名 _____ (ふりがな) _____ 性別 男 女

生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 _____

昔かかった病気 (_____)

今かかっている病気 (_____)

アレルギー 無 有 有の場合 (_____)

普段の様子 意思疎通(会話)はできるか 可 不可

本日の年月日がいえるか 可 不可

自分の生年月日がいえるか 可 不可

ADL 自立 要介護 寝たきり

主となる家族 氏名 (_____) 続柄 (_____)

連絡先 TEL (_____ - _____)

主治医 (_____) 病院 (_____) 科 (_____) 医師

救急車利用時

○患者情報(測定できる範囲で記入願います。) ※応急手当が必要であれば, 手当を優先してください

測定時刻 (_____ 時 _____ 分) 血圧 (_____ / _____) mmHg

呼吸数 (_____) 回/分 体温 (_____) °C

SpO2 (_____) % (酸素 投与) 血糖値 (_____) mg/dl

脈拍数 (_____) 回/分

最終飲食時刻 (_____ 時 _____ 分)

○チェック項目

搬送病院の手配 している していない 搬送先 (_____) 病院

主となる家族への連絡 している していない

主治医への連絡 している していない

お薬手帳の準備 している していない

同乗者の有無 有 無 有の場合 (家族 or スタッフ)

※シートを記入する際は, 可能であれば本人又は家族に同意を得て記入してください。
※シートは救急業務以外の目的では利用しません。