

# 記載例

## 救急隊への情報提供シート

柳川市消防本部

【事前記載事項】：速やかな救急搬送のため、ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。

ふりがな 氏名	やながわ たろう <b>柳川 太郎</b>	年齢	<b>90</b> 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
電話番号	<b>0944-12-3456</b>	生年月日	M・T・S・H <b>9</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日		
住所	<b>柳川市本城町4番地2</b>			<input type="checkbox"/> ：施設に同じ	
病歴 既往等	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 · <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 · <input checked="" type="checkbox"/> 不整脈 · <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 · <input checked="" type="checkbox"/> 脳卒中 · 心疾患 · 肺炎 · <input checked="" type="checkbox"/> 喘息 その他 ( )				
常用内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 降圧剤 · <input checked="" type="checkbox"/> 降血糖薬 · 抗不整脈薬 · 抗凝固剤 · 睡眠薬 · 精神薬 その他 ( <b>インスリン</b> )				
アレルギー	有 ( ) · <input checked="" type="radio"/> 無				
DNAR (蘇生拒否) に関する意思表示などがありますか？				<input checked="" type="radio"/> 有 ( <input checked="" type="radio"/> 本人 · <input checked="" type="radio"/> 家族等関係者 ) · 無	
ADL	会話	<input checked="" type="radio"/> 可能 · 一部可能 · 不可	歩行	可能 · 一部可能 · <input checked="" type="radio"/> 車いす · 不可	
	認知症	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無	麻痺	<input checked="" type="radio"/> 有 ( <input checked="" type="radio"/> 右半身麻痺 ) · 無	
かかりつけ病院	<b>柳川病院</b>		担当医師 (嘱託医)	<b>柳川医師</b>	
緊急連絡先 (家族等)	氏名	<b>柳川 花子</b>		続柄	<b>娘</b>
	住所	<b>柳川市本城町4番地2</b>		電話番号	<b>0944-12-3456</b>

以上については、R6年 4月 1日現在の情報です。

【119番通報時の記載事項】：本日救急要請に至った経過や症状などを記載してください。

いつ	どこで	どうしていて・何をしています	どうなったのか
<b>約30分前</b> <small>(例) 通報前・約30分前</small>	<b>部屋のベッド</b> <small>(例) 部屋・風呂・トイレなど</small>	<b>就寝中に突然</b> <small>(例) 安静時・入浴中・食事中など</small>	<b>呼吸状態が悪化した</b> <small>(例) 急に倒れた・のどに詰まらせた・意識がなくなったなど</small>
発症 (受傷) を目撃しましたか？		<input checked="" type="radio"/> はい ( <b>5日 23時 00分頃</b> ) · いいえ	
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？		<b>5日 21時 00分頃</b>	
本日、医師または病院へ連絡しましたか？		<input checked="" type="radio"/> はい · いいえ	
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など			<input checked="" type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input checked="" type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> いびき呼吸 <input type="checkbox"/> 上手くしゃべれない
<b>夜間見回りで部屋を訪れた際に呼吸が苦しそうな姿を発見したもの。嘱託医に連絡し119番通報したもの。「胸が苦しい」と訴えている。</b>			
最後の食事： <b>17時 00分頃</b>		最終内服： <b>17時 30分頃</b>	

【お願い】

- 1.呼吸が無い場合は、**応急手当** (心肺蘇生) を行ってください。
- 2.救急搬送の際の**付き添い** (事情のよく分かる方) をお願いします。

※記載していただいた情報提供表は、救急隊員への情報提供にのみ使用し、救急活動終了後は救急隊で破棄します。

[お問い合わせ 柳川市消防本部 消防課救急係 Tel0944-74-0119]