

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		年齢 歳		性別	男・女
電話番号		生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所				□：施設に同じ	
病歴 既往等	高血圧・糖尿病・不整脈・認知症・脳卒中・心疾患・肺炎・喘息 その他（ ）				
常用内服薬	降圧剤・降血糖薬・抗不整脈薬・抗凝固剤・睡眠薬・精神薬 その他（ ）				
アレルギー	有（ ）・無				
DNAR（蘇生拒否）に関する意思表示などがありますか？			有（本人・家族等関係者）・無		
ADL	会話	可能・一部可能・不可	歩行	可能・一部可能・車いす・不可	
	認知症	有・無	麻痺	有（ ）・無	
かかりつけ病院			担当医師（嘱託医）		
緊急連絡先 （家族等）	氏名			続柄	
	住所			電話番号	

以上については、 年 月 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・何をしていた	どうなったのか
(例) 通報前・約30分前	(例) 部屋・風呂・トイレなど	(例) 安静時・入浴中・食事中など	(例) 急に倒れた・のどに詰まらせた・意識がなくなったなど
発症（受傷）を目撃しましたか？		はい（ 日 時 分頃）・いいえ	
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？		日 時 分頃	
本日、医師または病院へ連絡しましたか？		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 type="checkbox"/> ：顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ：嘔気、嘔吐 <input type="checkbox"/> ：頭痛 <input 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 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
・最後の食事： 時 分頃 ・最終内服： 時 分頃			

【お願い】

- 呼吸が無い場合は、**応急手当**（心肺蘇生）を行ってください。
- 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]