

# 高齢者福祉施設から救急隊への情報提供表

救急車を要請する場合 ⇒ ①施設名 ②住所 ③対象者の氏名・年齢・性別  
 ④発生概要(何が起こったか?) ⑤対象者の状況(意識の状態等)  
 などの情報を119番した先の指令員にお伝えください。

**【事前記載事項】 ※ご利用者毎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	明・大・昭・平	年	月 日
住所					<input type="checkbox"/> 施設に同じ	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ			既往歴(入院歴や入院先病院名・手術歴等)		
常用服用薬	処方箋等があればコピーしておいてください			アレルギー 有・無		詳細記入(薬・食物等)
日常生活	会話	可能・一部可能・不可		歩行	可能・一部可能・不可	
後遺症	有・無		介助		要・不要	
認定の有無	要支援: 1・2		要介護: 1・2・3・4・5		未認定	
DNAR(蘇生処置をしないで)の意思表示はありますか? ※医師に情報提供し、救命処置の参考とさせていただきます。				有(本人・家族等関係者)・無 関係者の続柄( )		
かかりつけ医療機関				電話番号		
ふりがな 担当医師名			意思表示の 書類について		有・無 有の場合は用意してください 処置の参考とさせていただきます	
緊急連絡先 (家族等)	ふりがな 氏名				電話番号	
	住所				続柄	
自由記載欄						

【最終更新日 : 年 月 日】 ←可能な限り定期的な更新をお願いします

# 事案発生時の状況

【119番通報時の記載事項】 **記載の上、到着した救急隊(消防隊)に渡してください。**

発症(受傷)を目撃しましたか?		はい( 日 時 分頃)・いいえ					
普段どおりの状態を最後に確認したのはいつですか?							日 時 分頃
DNAR(蘇生処置をしないで)の意思表示について再確認						有(本人・家族関係者)・無	
家族・関係者への連絡			済・未		家族・関係者へ連絡をお願いします		
意識消失	有・無	転倒	有・無	出血	有・無	出血がある場合は血液の付着に注意して止血をお願いします	
発症又は発見時の状況や時系列、主な訴えや症状、普段の違いなどを記載してください							
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 最後の食事：朝・昼・夜 時 分頃(内容物： )							

## 《お願い事項》

- ① 正常な呼吸がない場合は、応急手当(救命処置・心肺蘇生)を行ってください
- ② 速やかな処置の実施のため、玄関の開錠・傷病者の居場所への誘導をお願いします。
- ③ 救急搬送の際の付き添い(事情がよくわかっている方)をお願いします。

**記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。**