

情報提供シート

入所者の情報を記入し、救急隊に渡してください。

記入日 年 月 日

※裏面も確認してください。

羽島郡広域連合消防本部

ふりがな					☐ 大 正		
氏 名			生年月日	☐ 昭 和 年 月 日			
				☐ 西 暦 () 歳			
施設サービス	☐ 有料老人ホーム ☐ 特養 ☐ サ高住 ☐ 老健 ☐ ケアハウス ☐ グループホーム						
施設名	T E L						
住 所							
本人住所				☐ 施設と同じ			
介護区分	要支援	☐ 1 ☐ 2	要介護	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
A D L 日常生活動作	会 話	☐ 可 ☐ 時々可 ☐ 不可					
	従 命	☐ 可 ☐ 時々可 ☐ 不可					
	歩 行	☐ 可 ☐ つかまれば可 ☐ 不可					
	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
病歴等 既往症				認知症	☐ 有 ☐ 無		
				アレルギー	()		
				最終食事	()		
常用服用薬				お薬手帳	☐ 準備済 ☐ 無		
かかりつけ		主治医			連絡	☐ 有 ☐ 無	
搬送希望先	☐ 有 ☐ 無		病 院				
家族連絡	☐ 有 ☐ 無		氏 名 続 柄			T E L	
緊急時の心肺 蘇生の希望	D N A R (蘇生拒否)に関する意思表示	☐ 有 (本人・家族) ☐ 無					
		書面	☐ 有 (☐ MC指定様式、 ☐ MC指定外) ☐ 無				
	特記事項						

1 発症、受傷を目撃しましたか。

☐ はい
 時 分頃

☐ いいえ
 最終健常時刻 時 分頃

2 発症、発見時の状況

呼びかけ反応 ☐ 有 ☐ 無
☐ ケイレン ☐ 麻痺 ☐ 吐き気
☐ 嘔吐 ☐ 胸痛 ☐ 失禁
☐ 呼吸不全 ☐ その他 ()

3 応急手当 ☐ 酸素投与 リットル

☐ 吸引 ☐ 異物除去
☐ 胸骨圧迫 開始時刻 時 分

☐ 人工呼吸
☐ A E D 回

☐ その他 ()

4 バイタルサイン 測定時刻 時 分

	脈 拍	血 圧	体 温	S P O 2
測定結果	回/分	/	°C	%

- * 入所者の容体が悪い場合は、応急手当を優先してください。
- * 記入につきましては、わかる範囲でお願いします。
- * 施設に「情報提供シート」の代用となるものがあれば、写しをお渡しください。
- * この「情報提供シート」は救急業務以外に使用しません。
- * この「情報提供シート」は救急搬送終了後に同乗の施設職員に返却、または家族、搬送先医療機関にお渡しします。