

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	〇〇 〇〇				☐ 大 正	
氏 名	〇〇 〇〇		生年月日		☒ 昭 和 〇 年 〇 月 〇 日 ☐ 西 暦 (〇〇) 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	〇 〇 〇 〇				TEL	〇〇-〇〇
住 所	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
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	高血圧、糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞			認知症	☒ 有 ☐ 無	
				アレルギー	(なし)	
				最終食事	(1 3 時頃)	
常用服用薬	降圧剤、糖尿病薬、ワーファリン			お薬手帳	☒ 準備済 ☐ 無	
かかりつけ	〇〇クリニック	主治医	〇〇医師		連絡	☐ 有 ☐ 無
搬送希望先	☒ 有 ☐ 無	病 院	〇〇総合病院			
家族連絡	☒ 有 ☐ 無	氏 名 続 柄	長男 〇〇		TEL	〇〇-〇〇
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

〇時 〇〇分頃

☐ 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 〇時 〇〇 分

☐ 人工呼吸

☒ A E D

1 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。