

救急患者情報用紙

衣浦東部広域連合消防局 安城消防署

ふりがな 氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性
住所	
DNAR (蘇生拒否)	蘇生拒否あり (書面あり・カルテ記載) 蘇生拒否なし (処置希望) ※救急隊は、蘇生試行拒否ありの場合でも医師の指示で処置を実施することがあります。
○ 普段の状態	<input type="checkbox"/> 自立(良好) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> マヒ()
現病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患(シャント部) <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患(シャント部) <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 服用薬 () <input type="checkbox"/> アレルギー ()
かかりつけ病院	<input type="checkbox"/> 碧南市民病院 <input type="checkbox"/> 刈谷豊田総合病院 <input type="checkbox"/> 安城更生病院 <input type="checkbox"/> 八千代病院 <input type="checkbox"/> () 病院) ID ()
○ 最健在時間 最終食事時間	月 日 時 分頃 確認 月 日 時 分頃
バイタル サイン	意識(あり・朦朧・なし) 呼吸(あり・なし) 脈拍(回) 血圧(/) SPO2(%)
症状(どうしたのか?・主訴) ※例 <u>8時頃、食事中に急に意識が無くなりいびきをかき始める。</u>	

- ※ 記入をお願いします。上記内容は、搬送先医療機関の医師へ連絡(報告)します。
- ※ 緊急時、重篤時は患者さんの手当てを最優先してください。
- ※ 看護師等(スタッフ)は、カルテを持参して救急車への同乗をお願いします。
- ※ 家族が不在の場合は、連絡をお願いします。