

救急患者情報用紙

施設名

ふりがな 氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性
住所	
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 ()
最終健在時間 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。