

救急車利用チェックシート

患者さん情報（事前記入欄） 記入日： 年 月 日

【ふりがな】		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
【氏名】				
【生年月日】	T S H R	年 月 日	年齢	(歳)
【住所】				
【既往歴】				
【現病歴】				
【服薬状況】	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> その他()			
【アレルギー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 ()			
【普段の様子】	<input type="checkbox"/> 支援なし(認定申請未も含む) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	【特記】			
【主となる家族等】	氏名()	続柄()		
【家族等の連絡先】	電話()			
【かかりつけ医】	() 病院・医院		() 医師	
【搬送希望医療機関】	病院名:			

救急要請時記入欄 ※記入できなかった場合は、口頭で救急隊へお伝えください。

最終健常時刻	時 分 ※ 院内治療で必要になる場合があります。
※ 準備してほしいもの ・お薬手帳か薬の現物	
	呼吸: _____ 回/分 脈拍: _____ 回/分 血圧: _____ / _____
	体温: _____ °C SPO ₂ : _____ % 酸素(_____ %)

救急車への施設職員等の同乗について

- 搬送先医療機関での早期治療に繋げるため、救急車への同乗にご協力ください。
- どうしても救急車に同乗できない場合は、施設の連絡先と担当者氏名をご記入ください。医療機関から問い合わせがあった場合は、詳細な情報を伝達してください。

施設名: _____ 施設連絡先: _____ 担当者: _____

*本記録表は、救急業務以外に使用しません。救急搬送終了後に、救急隊が責任をもって始末いたします。
 *救急要請時に本記録を使用することを、予め、患者・家族の了承を得ておきましょう。
【 松江市消防本部 】