

救急隊医療情報提供票
川口市消防局

施設名

住所

TEL

お願い ※状況が変更しましたら、適宜更新をして下さい。
ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。
可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関を確保してください。
※ この情報は緊急時に救急隊へ渡しスムーズな病院連絡や医師への引継ぎに使用します。
なお、使用後の「救急隊医療情報提供票」は、処分いたします。

記載年月日	平成 年 月 日		
入居者	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男・女	M T S 年 月 日(歳)
	住所	TEL	- -
緊急連絡先 ①	氏名	続柄	TEL - -
	住所		※緊急連絡 済・未
緊急連絡先 ②	氏名	続柄	TEL - -
	住所		※緊急連絡 済・未
※緊急時情報(緊急時に記載して下さい)		救急隊の使用欄	
救急要請に至った状況		聴取内容等	
今回はどうしましたか(可能な限り記載して下さい)			
転倒(□有・□無) 窒息(□有・□無) 麻痺(□有・□無) 嘔吐(□有・□無) 痛み(□有:部位名 □無) 実施した処置・薬剤()			
直近のバイタルサイン(施設側記載)		バイタルサイン(救急隊記載)	
測定時間	時 分	測定時間	時 分
意識	□清明 声掛けに反応:□有・□無	意識	□清明 声掛けに反応:□有・□無
呼吸	回/分 脈拍 回/分	呼吸	回/分 脈拍 回/分
血圧	/ mmHg	血圧	/ mmHg
体温	°C SpO2 %	体温	°C SpO2 %

※ 入居者基本情報

病名: ※わかる範囲すべてを記入して下さい。

普段の血圧: / mmHg	在宅酸素: 有 ・ 無
日常生活状況: <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 常に要介護 他()	インスリン使用 有 ・ 無 回数 () 種別

内服薬情報 (※ 不明な場合は、現在内服している薬等を持参してください。)

--

掛かりつけ又は協力医療機関等

①	医療機関名	主治医氏名
	TEL	診療科目
②	医療機関名	主治医氏名
	TEL	診療科目

備考

--