

# 救急隊医療情報提供票

施設名

住所

TEL

お願い ※状況が変わりましたら、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	令和 年 月 日	①(事前に記載してください)	
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	- -
① 緊急連絡先	氏名	続柄	TEL - -
	住所		※緊急連絡 済・未
② 緊急連絡先	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ください)			
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	℃ SpO2 %	体温	℃ SpO2 %

※ 入居者基本情報 ②(事前に記載してください)

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:        量

日常生活状況:

インスリン使用        有 ・ 無

- ほぼ自立  日常生活に支障  
 常に要介護 他(        )

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
①	医療機関名	主治医氏名
	TEL	診療科目

備考