

# 救急隊(消防隊)情報提供(シート)

春日井市消防本部

## 【事前記載事項】

年 月 日作成

フリガナ 氏名		年齢 歳		性別	男・女
電話番号		生年月日	M・T・S・H	年 月 日	
住所					<input type="checkbox"/> :施設と同じ
薬の服用	お薬手帳参照・	アレルギー (原因)	有 ・ 無 ( )		
既往歴			かかりつけ		
緊急連絡先 (家族等)	氏名		電話番号		
	住所				続柄
DNARに関する意思表示の書面(直ぐに提示可能な状態)					あり ・ なし

## 【119番通報時の任意記載事項】

到着救急隊(消防隊)に提供願います。

発症(受傷)を目撃しましたか	はい( 日 時 分頃)・いいえ				
普段の状態を最後に確認したのはいつですか	日 時 分頃				
ADL	会話	可能・一部可・不可	歩行	可能・一部可・不可	
発症または発見時の状況:主な訴えや症状など			※記載できる範囲内で良い!		
			<input type="checkbox"/> :蒼白	<input type="checkbox"/> :嘔吐	
			<input type="checkbox"/> :チアノーゼ	<input type="checkbox"/> :腹痛	
			<input type="checkbox"/> :胸痛	<input type="checkbox"/> :冷汗	
			<input type="checkbox"/> :呼吸苦	<input type="checkbox"/> :失禁	
			<input type="checkbox"/> :発熱	<input type="checkbox"/> :四肢まひ	
			<input type="checkbox"/> :けいれん	<input type="checkbox"/> :意識消失	
血圧: / mmHg			<input type="checkbox"/> :SP02の低下	<input type="checkbox"/> :いびき様呼吸	
脈拍:			<input type="checkbox"/> :骨折		
SP02: %	体温: °C				
最後の食事:	日 時 分頃				

### 〈お願い事項〉

- ※ 呼吸・脈拍がない場合は、**応急手当(心肺蘇生)**を行ってください。
- ※ 記載していただいた情報は、救急業務以外には使用いたしません。
- ※ 救急搬送の際の付き添い(事情が良くわかる方)をお願いします。
- ※ 可能な限り、ドアの開放をお願いします。