

のおがた救急連絡票(福祉施設等)

【事前記載事項】のおがた安心カードに記載があれば、省略できます。

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男・女
住所					<input type="checkbox"/> :施設に同じ
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	電話
かかりつけ病院名					
持病等	現在治療中の病気・ケガ		過去にかかった病気 (例: 高血圧、脳梗塞、心不全等)		
緊急連絡先 (家族等)	①氏名		続柄		電話
	②氏名		続柄		電話

以上については、 年 月 日現在の情報です。

【119番通報時の内容】

いつ	どこで	どうして・何をしていた	どうなったか(主訴等)
(例) 通報前・約30分前など	(例) 部屋・風呂・トイレなど	(例) 安静中・入浴中・食事中など	(例) 急に倒れた・のどに詰まらせた・意識呼吸がなくなった 急にしゃべれなくなった・右手が動かない
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
最後の食事はいつ頃ですか?			日 時 分頃

日頃の様子と、急変時では本人の状況は異なります。直近1週間の様子をお知らせください。
薬手帳があれば、有に○をしてください。薬手帳を渡していただけたら、薬の内容は記入不要です。

日常生活	会話	可能 ・ 一部可能 ・ 不可	歩行	可能 ・ 一部可能 ・ 不可 (歩行器、手すり)
	認知症	有 ・ 無	ADL	自立 ・ 要支援 ・ 要介護
アレルギ	有 ・ 無		薬手帳	有 ・ 無 ()
	()			

【お願い】

1. 呼吸や意識が無い場合は、応急手当(心肺蘇生)を行ってください。
 2. 速やかな救急活動ができるよう、玄関の開錠・患者様の居場所への誘導をお願いします。
 3. 救急搬送の際の付き添い(事情が分かる方)をお願いします。
 4. 搬送先病院は救急隊の判断で決めさせていただく場合があります。
- 記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。