

救急情報連絡シート

【甲賀病院 救急室】

FAX番号：054-629-6615

施設名：

【作成日： 年 月 日】

ふりがな		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名		年 月 日	
		年齢	歳(年 月 日現在)
住所		TEL：	

緊急時連絡先

	氏名	続柄	住所/電話番号
①			TEL：
②			TEL：

日常生活の状況

☐ 自立・機能良好	☐ 部分介助（自力歩行）	☐ 部分介助（自力歩行不可）
☐ 全介助	☐ 全介助（寝たきり）	※要支援： 要介護：

医療情報

病歴	現病歴（現在治療中の病気や怪我）	かかりつけ医療機関	
	既往歴（治療済みの病気）	医療機関	いつ頃ですか
服用薬			
手術歴	内容	医療機関	いつ頃ですか
その他	透析（週 回）・胃瘻・その他（ ）		
もしもの時の処置について、病院医師に伝えたいことがあればチェックして下さい			
☐ 延命を目的とした、高度な処置をしてほしい			
☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい			
☐ その他（ ）			

救急要請時記載

- ・本日、救急要請するに至った理由を施設職員が記載してください。
- ・救急要請後、家族連絡(記載以外に何かあれば個人カルテ等の準備)をお願いします。

発生状況

いつ	月	日	時	分頃
場所	居室 ・ トイレ ・ 浴室 ・ その他()			
発症(受傷)を目撃しましたか？ はい (日 時 分頃に誰が()) いいえ				
《発見時の状況、主な症状や本人の訴え、直近のバイタル等》 ※分かる範囲で構いません。				
発見時				
主訴				
症状				
意識 レベル		Spo2値	% (O2 L)	
血圧	/	呼吸	正常・異常()	回/分
脈拍	回/分	体温	℃	皮膚色 正常・蒼白

【注意事項】

- この情報シートは、駆け付けた救急隊が迅速に活動することを目的として作成しています。
- 救急活動や院内活動以外には使用しません。活動終了後処分します。
- 記載内容に変更等があった場合は、その都度新しい情報を記入してください。
- 記載以外で聞きたい情報は救急隊から質問されます。わかる範囲でお答えください。
- わからないことは甲賀病院救急救命士科までお問い合わせください。

救急救命士直通電話： **090-2135-9990**



社会医療法人 駿甲会
Community Hospital

甲賀病院