

傷病者情報シート

記載例

●太枠内を事前に記入し、保管して到着した救急隊に渡してください。

救急車が必要な方の情報

※ 注意 傷病者に対する対応を最優先として下さい。

(ふりがな)	とよかわ たろう 男	大正・昭和・平成・令和
氏名	豊川 太朗 女	20 年 1 月 1 日生
住所	豊川市御油町行力19	
	電話番号 0533-87-2414	職業 無職
既往症・持病	高血圧、糖尿病、脳梗塞(右半身麻痺)、腎不全(シャント:左腕、透析:火木土)など	
かかりつけ病院	豊川市民病院、施設協力医の〇〇医院 など	
服薬中の薬	お薬手帳: あり・なし (お薬手帳がない場合、服薬中の薬を記入してください。)	

緊急連絡先(Key Person) ※家族等や詳しい事情の分かる人(事業所職員等)

①氏名	豊川 一郎	続柄	長男	電話番号	0533-89-0119
②氏名	豊川 次郎	続柄	二男	電話番号	0533-89-9751
③氏名	諏訪 花子	続柄	施設職員	電話番号	0533-89-9708

普段の生活状況(ADL) (自立、歩行器、車椅子、寝たきり など) 要介護認定(1~5)

緊急連絡先への連絡状況 連絡済 (豊川 一郎、諏訪 花子)
未連絡 (豊川 次郎)

★ 救急要請に至った経緯を教えてください ★

(できる範囲で記入をお願いします。記入できなければ、下記事項を到着した救急隊へ口頭で伝えて下さい。)

・ この方が訴えていること(痛い・苦しい)は何ですか？

呼吸が苦しい、胸が痛い、頭が痛い、腰が痛くて動けない など

・ いつからですか？

〇〇時〇〇分頃から、30分くらい前から、起床時から、昨日から など

・ どこで何をしている時ですか？ どのような状況で発見しましたか？

テレビを見ていた時、食事中、歩行中

トイレ前で倒れているのを発見した(最後に普段通りの姿を見たのは〇〇時〇〇分頃) など

※ 可能であれば、救急隊到着までにバイタル測定をお願いします。お薬手帳の準備をお願いします。

※ 搬送先医療機関に対し、傷病者に関する情報を提供する目的で利用いたします。