|  |
| --- |
| **傷病者(救急搬送)情報提供書** |
| 傷病者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 男･女 | 生年月日 | 明治･大正･昭和年　　 月　　 日　　　　歳 |
|  |
| 傷病者住所 | 都道　　　　　市町府県　　　　　 村 |
| 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　家族への連絡　：　未・済電話番号　　　―　　　―　　　　　　家族は病院へ　：　来る・来ない |
| 既往歴薬の服用 | 無 |
| 有かかり付け病院名（　　　　　　　　　） |
| 無・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| 生活状態 | ・自力歩行可能(杖歩行含む)　　　･車椅子　　　　　･寝たきり |
| 傷病等の状況 | （主訴･救急要請までの経過）　　　時　　　分　　容態変化（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　時　　　分　　容態変化（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　時　　　分　　容態変化（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　時　　　分　　救急要請者名（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **可　能　な　範　囲　で　記　入** |
| 所見 | 意識レベル(ＪＣＳ)呼吸数:　　　　　/分・呼吸停止　　　体温:　　　　℃　　　ＳＰＯ２　　　％　脈　拍:　　　　　/分・触知せず　　　血圧:/mmHg・測定不能　その他 |
| 施設内の処置 | ＡＥＤ・ＣＰＲ・吸引器・ＢＶＭ・酸素　　㍑・その他（　　　　　　　） |
|  |
| ＡＥＤ実施回数　　　　回　　・実施者名 |
| 備　考 |

※この情報提供書に記載の個人情報は、救急業務以外には使用しません。