

救急隊(消防隊)情報提供シート

【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		
住民票上の 住所					
現在住所					
介 護 ・ 障がい状況	<介護情報> ☐ 要支援・要介護 _____(認定日: _____年 _____月 _____日) ☐ 申請中 <障がい者手帳情報> ☐ 身体障害者手帳 _____種 ☐ 療育手帳(愛の手帳) _____判定 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 _____級 ☐ 申請中				
生活保護	☐ 対象である ☐ 対象でない ☐ 申請中				
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	氏 名		電話番号		
ケアマネジャー 施設相談員 等	氏 名		電話番号		
(家族等)	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】

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!		
			☐ :蒼白	☐ :嘔吐	
			☐ :チアノーゼ	☐ :腹痛	
			☐ :胸痛	☐ :冷汗	
			☐ :呼吸苦	☐ :失禁	
			☐ :発熱	☐ :四肢まひ	
			☐ :けいれん	☐ :意識消失	
血圧: / mmHg			☐ :SP02 の低下	☐ :いびき様呼吸	
脈拍:			☐ :骨折		
SPO2: % 体温: °C					
最後の食事: 日 時 分頃					

※ 医療同意については、本人の一身専属の権利であるため、本人に意向を確認してください。本人の意向が確認できない場合は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(平成 30 年 3 月改訂 厚生労働省)の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行うことになります。本人に医療行為に関する意向確認をあらかじめとっている場合は、**別紙「緊急時対応事前確認書」**に本人意向を記載してあります(あくまでも以前の意向であるため、現在の本人の意向は確認する必要があります)。