

救急隊への情報

◎あらかじめ記載し変更が生じた場合は修正または新たに作成をお願いします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【患者の情報】

ふりがな

氏 名： _____ (男 ・ 女)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所： _____ 電 話： _____

病 歴： _____

医療機関： _____

おくすり：(有・無) _____ アレルギー：(有・無) 内容： _____

【家族の連絡先】(キーパーソン) ※可能であれば救急隊到着までに連絡をお願いします。

①	氏 名		続 柄	
	住 所		電 話	
②	氏 名		続 柄	
	住 所		電 話	

施設名： _____ 連絡先： _____

【普段の状況】 意思疎通 (可能・やや困難・困難) 歩行状態 (自立・杖つき・車いす)

その他 (_____)

【最終バイタル】 時 刻 (_____ : _____) 血 圧 (_____ / _____) 脈 拍 (_____ 回)

体 温 (_____ °C) SPO2 (_____ %)

◎円滑な救急搬送にご理解・ご協力をお願いいたします。

比企広域消防本部 救急隊