

|         |     |                |
|---------|-----|----------------|
| 救急情報提供書 | 施設名 | ●法人 秩父〇×高齢者ホーム |
|         | 〒   | 秩父郡●町●9999番地   |
|         | TEL | 0494-◇◇-9999   |

赤時は事前に記入して下さい

※ この情報は、緊急時に救急隊がスムーズな病院選定や医師への引継ぎをするために使用するものです。なお、使用後の「救急情報提供書」は救急隊から返却いたします。  
 ※ 記入していただいた内容は救急業務以外に使用いたしません。  
 ※ 情報提供書の情報は状況が変わった際に適宜更新し、「更新年月日」も更新してください。

※入居者基本情報①（事前に記入してください）

|       |                 |       |                 |
|-------|-----------------|-------|-----------------|
| 記載年月日 | 令和 5 年 6 月 10 日 | 更新年月日 | 令和 8 年 6 月 18 日 |
|-------|-----------------|-------|-----------------|

|     |      |               |                                       |                              |
|-----|------|---------------|---------------------------------------|------------------------------|
| 入居者 | ふりがな | ちちぶ しょうこ      | 性別                                    | 生年月日                         |
|     | 氏名   | 秩父 消子         | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | T<br>22 年 3 月 7 日 (79歳)<br>H |
|     | 住所   | 秩父市下宮地町10番25号 |                                       | TEL 0494 - 21 - 0119         |

|            |    |                 |       |  |
|------------|----|-----------------|-------|--|
| ①<br>緊急連絡先 | 氏名 | 秩父 消太郎          | 続柄 長男 | TEL 0494 - 24 - 0119                       |
|            | 住所 | 秩父郡横瀬町横瀬5784-14 |       | ※緊急連絡 <input checked="" type="radio"/> 済・未 |

|            |    |                |      |  |
|------------|----|----------------|------|--|
| ②<br>緊急連絡先 | 氏名 | 小鹿野 消美         | 続柄 妹 | TEL 0494 - 72 - 0119                       |
|            | 住所 | 秩父郡小鹿野町飯田575-1 |      | ※緊急連絡 済 <input checked="" type="radio"/> 未 |

※救急要請時情報（救急要請時に記載して下さい。）

救急要請に至った状況今回はどうしましたか（可能な限り記載してください）

例) ●月●日18時50分頃 食事中におかゆを誤嚥したため、秩父〇□病院の〇山医師の訪問診察し、施設内で療養中であつた。本日、呼吸苦を訴え、SpO2値が低下(89%)したため救急要請した。

※緊急時は無記載可

青字は救急要請前や通報後に可能な限り記載してください

転倒（有・無）、痛み（有：部位名 無）、麻痺（有：部位名 無）  
 嘔吐（有・無）、窒息（有・無）、実施した処置（酸素投与4ℓ/分（10：00開始））

直近のバイタルサイン等（施設側記載）【 10 時 00 分 】

|      |         |       |        |               |                |
|------|---------|-------|--------|---------------|----------------|
| 意識   | JCS     | I - 2 | 血圧     | 100 / 70 mmHg |                |
| 呼吸数  | 100回/分  | 脈拍数   | 120回/分 | 体温            | 37.1℃ SpO2 89% |
| 最終食事 | 7時 00 分 |       | 最終健在時間 | 現在 時 分        |                |

|                 |       |                   |
|-----------------|-------|-------------------|
| 救急要請された入居者の担当職員 | 〇山 峰子 | 連絡先：090-〇〇〇〇-5555 |
|-----------------|-------|-------------------|

|            |  |              |
|------------|--|--------------|
| 連絡済医療機関の有無 | <input checked="" type="radio"/> あり・なし | 医療機関名：秩父〇□病院 |
|------------|--|--------------|

※入居者基本情報② (事前に記載してください)

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 | 普段の血圧 <b>149/98</b> mmHg  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 | インスリン使用 : 有・ <b>無</b> 空腹時の血糖値 : <b>100</b> mg/dL  |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患          | 病名 : 在宅酸素 : L   |
| <input type="checkbox"/> 循環器疾患          | 病名 :  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 脳疾患 | 病名 : <b>アテローム性血栓性脳梗塞</b> 後遺症 : 失語症・右片麻痺・左片麻痺・全麻痺  |
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍           | 部位 :  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 | 程度 : <input type="checkbox"/> ほぼ自立・ <input type="checkbox"/> 日常生活に支障・ <input checked="" type="checkbox"/> 常に要介護 他 ( ) |
|   | 意思疎通 : <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 (具体的な様子: )                                  |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患           | 病名 :  |
| <input type="checkbox"/> その他            | 病名等 :   |
| <input type="checkbox"/> アレルギー          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (アレルギー: )  |

内服薬情報 (※おくすり手帳や薬の成分表で代用可。内服している薬もご用意ください。)

**内服薬を記載してください**

掛かりつけ医療機関及び協力医療機関

|   |       |                     |      |              |
|---|-------|---------------------|------|--------------|
| ① | 医療機関名 | <b>秩父〇〇病院</b>       | 主治医名 | <b>〇山 一郎</b> |
|   | TEL   | <b>0494-xx-1234</b> | 診療科目 | <b>内科</b>    |
| ② | 医療機関名 | <b>県立イヌネコ医療センター</b> | 主治医名 | <b>△田 玲子</b> |
|   | TEL   | <b>048-xxx-9876</b> | 診療科目 | <b>脳外科</b>   |

要介護、ADL等

| 介護区分 | 要支援 1・2 | 要介護 1・2・3・4・ <b>5</b>  |
|------|---------|------------------------|
| ADL  | 移動      | 自立 / 一部介助 / <b>全介助</b> |
|      | 食事      | 自立 / <b>一部介助</b> / 全介助 |
|      | 排泄      | 自立 / 一部介助 / <b>全介助</b> |
|      | 入浴      | 自立 / 一部介助 / <b>全介助</b> |

持ち物

**お薬手帳、内服薬、マイナ保険証、資格確認証、診察券及び看護サマリーなどをご用意ください。**

※ 家族等が病院に来られなかったり、救急車に同乗できない場合には、原則施設職員の同乗をお願いします。  
 ※ 救急車を要請する際は、可能な限り、協力医療機関に連絡し、収容医療機関を確保してください。  
 ※ このシートの代用となるものがあれば、その写しをご提供いただいても結構です。  
 ※ 延命治療及びDNARに関する書類があれば、別途ご用意ください。  
 ※ 記入は可能な範囲で結構です。生命に危険があると判断した場合には、救急情報提供書の記入よりも救命処置を優先してください。

同意書

救急情報提供書に記載する個人情報について、緊急時に消防機関へ提供することに同意します。  
 ※ 同意者は本人であることが望ましいですが、本人が記載することが困難な場合は代諾者による署名をお願いいたします。

同意年月日 令和 **5**年 **6**月 **10**日  
 同意者氏名 (続柄) **長男 秩父 消太郎**