

# 各務原市救急搬送シート

年 月 日 作成

救急搬送時に、救急隊やご家族に渡してもらい搬送先病院への情報提供をお願いします。

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	年齢	歳
		生年月日	年	月	日
住所	<input type="checkbox"/> 施設と同じ				
電話番号					

かかりつけ 医療機関名:		医師名:	
施設名:			
担当者名:		TEL:	

緊急連絡先 キーパーソン ①	氏名	TEL	
	続柄	住所	

経過	発症、受傷を目撃しましたか	<input type="checkbox"/> はい ( 日 時頃 )	<input type="checkbox"/> いいえ	
	普段の状態を確認した時期	日	時頃	
	発症または発見時の状況、主訴など	意識	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐	呼吸	回
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胸痛	脈拍	回
	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 冷や汗	血圧	/ mmHg
	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 失禁	SPO2	%
	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	<input type="checkbox"/> いびき呼吸	体温	℃
	<input type="checkbox"/> 上手く話せない			
	<input type="checkbox"/> その他			
	既往歴			
	新型コロナウイルス罹患歴			
	<input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 有	年	月頃	

