

《救急隊到着前》救急カード

記入者名

事前記入項目 (太枠内)	住所				
	氏名	性別	生年月日		
	フリガナ:	男・女	T・S・H・R		
			年	月	日生
	病歴 (通院病院)	( )	DNAR(蘇生拒否)		有 / 無
ADL 日常生活動作等			・自立/全介助/一部介助 ・意思疎通 可/否 ・介護区分( )		
アレルギー			有( )/無		
薬・透析	・血液をサラサラにする薬を飲んでいませんか? ⇒ はい / いいえ ・人工透析をしていますか? ⇒ はい (部位: ) / いいえ				
お薬手帳	有 / 無 ※「有」の場合は救急隊へお渡してください。				
最終食事	日	時	分頃	搬送先医療機関の決定 有 ( ) / 無	
家族連絡	有 (続柄: ) / 無		連絡先		
【経過 (○又は記入)】					
■いつ [いつから] ( 月 日 時 分頃 / 不明 )					
■何をしているとき ( 食事中 / 歩行中 / その他: )					
■どの部位が ( 頭部 / 胸部 / 腹部 / 背部 / その他: )					
■どのように ( 突然 / 徐々に )					
■どんな状態 ( 痛い / 苦しい / 目が回る / 気持ち悪い / 動かしぶらい / 動かない )					
上記以外: )					
■他、いつもと違うこと ( )					
救急隊が到着するまでに行った処置 (○又は記入)		最終バイタルサイン測定結果			
・意識確認 ・呼吸確認 ・人工呼吸 ・胸骨圧迫 ・AED 準備 ・AED 使用 (ショック_____回 / ショックなし) ・嘔吐の介助をした ・身体の向きを変えた ・移動 ( _____から今いる場所へ移動) ・保温 ・止血 ( _____を用いて止血) ・その他 ( _____)		測定時刻	時	分	
		呼吸	回/分		
		脈拍	回/分		
		血圧	/	mmHg	
		SpO2	%		
		体温	℃		
		その他			
新型コロナウイルス等感染症関係					
ワクチン接種状況	回 (最終接種 月 日) / 未接種				
陽性者等との接触	有 ( ) / 無				
施設内の感染症発生状況	有 ( ) / 無				

※ご協力ありがとうございました。

※ご記入いただいた「救急カード」は、救急隊により処分させていただきます。