|  |  |
| --- | --- |
| 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 歳 |
| 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すか？　⇒　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 |  |
| **■いつ［いつから］** ( 月 　 　日 時　 　　分頃 ／　　不明　)【経過 (○又は記入)】 |
| **■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 ／ 動かしづらい ／ 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 |

飯田広域消防本部

※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。

《救急隊到着前》救急カード