

## 【記載例】 救急車搬送依頼書（改訂第4版）

|      |              |
|------|--------------|
| 施設名  | 〇〇施設         |
| 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

|         |             |
|---------|-------------|
| 作成日     | 〇 年 〇 月 〇 日 |
| 作成日=更新日 |             |

この太線の欄はいざという時に備えて“日ごろ”から書いておきましょう！  
分かっている範囲で構いません！

備えとして書いておくところ

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                  |                    |                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| 住所            | 太宰府市国分3-13-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                  |                    |                  |
| フリガナ氏名        | チクシ タロウ<br>筑紫 太郎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 性別    | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日<br>昭和11年4月28日 | 年齢<br>89歳        |
| 現在治療中の病気      | <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input checked="" type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症<br><input type="checkbox"/> がん（疾患名 上記にない疾患をお書きください）⇒告知（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）<br>自由記載：膠原病 分かる範囲で✓を付けてください |       |                                                                  |                    |                  |
| 常用薬           | <input checked="" type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input checked="" type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神薬<br><input type="checkbox"/> その他（ ）※お薬手帳の準備をお願いします。記載は分かる範囲で構いません                                                                                                                                           |       |                                                                  |                    |                  |
| アレルギー         | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 薬（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 食物（青魚） <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                  |                    |                  |
| 日常生活          | 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ※備考（ ）<br>歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖（支え必要） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり                                                                                                |       |                                                                  |                    |                  |
| 理解度の確認        | 意思の疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | 介護度 要介護3                                                         |                    |                  |
| かかりつけ医療機関     | 〇〇病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TEL   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                                     | 医師名                | 〇〇医師             |
| キーパーソン（緊急連絡先） | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 太宰 花子 | 続柄                                                               | 長女                 | 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

この二重線の欄は”救急車を要請した時”に書きます。  
空欄があっても構いません！（状況に応じて応急処置を優先して下さい）

救急車を呼んだら書くところ

|                    |                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 救急要請理由等            | いつ：夕食後<br>どこで：居室<br>何をしている時に：更衣中<br>どうなった：転倒<br>※最後の食事時間 17時半頃<br>応急処置（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）<br>内容 右頬 傷 ガーゼ保護 |  |  |  |  |
| 搬送患者への同乗<br>※どれかに☑ | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし⇒同乗に準ずる方法（家族が病院へ向かう）<br>※準ずる方法の記載例：別の車で追走、家族が医療機関に向かう等                                   |  |  |  |  |
| 搬送に関する問い合わせ先       | 氏名：大野 城<br>今回の搬送について医療機関からの問合せに答えられる職員<br>職種 介護士 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                                                                          |  |  |  |  |
| 家族への連絡             | 誰に連絡がついたか？ <input type="checkbox"/> 上記キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> キーパーソン以外 ※下記記入<br>※連絡がついた相手 氏名 筑紫 二郎 続柄 長男 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇               |  |  |  |  |

※ 記載された情報は救急業務以外では使用しません。（搬送先病院へ情報提供することがあります）