

救急車搬送依頼書（改訂第3版）

施設名	
電話番号	

作成日	年	月	日
確認日	年	月	日

住所				
フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・不整脈・脳卒中・心疾患・肺炎・喘息・認知症 その他（ ） ※癌（ ）⇒※告知（有・無） ※麻痺（有・無）（右・左）			
過去の病気				
常用薬	降圧剤・降血糖薬・抗不整脈薬・抗凝固剤・睡眠薬・精神薬 その他（ ） ※お薬手帳の準備をお願いします。			
アレルギー	あり（ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物）・なし	血液型	型	RH + -
日常生活	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 会話 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可			介護度
かかりつけ医療機関		TEL		医師名
		TEL		医師名
キーパーソン（緊急連絡先）	氏名	続柄		連絡先

救急要請理由等	発生・発見日時	年	月	日	時	分	頃
	発生（受傷）を目撃しましたか？	はい ・ いいえ					
	概要（どこで、何をしている時に、どうなりましたか？）						
	普段の状態を最後に確認したのは何時ですか		日		時		分
	最後の食事時間		日		時		分
	応急手当	（有・無）		（内容：		）	
救急車への同乗者	氏名						
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他（職）			<input type="checkbox"/> 関係者（続柄）			
施設関係者の同乗が出来ない時の連絡先	氏名						
	連絡先						
家族への連絡	（未・済）	氏名				続柄	

※医療機関から電話のある可能性があります。常に連絡の取れる連絡先を記載して下さい。

- 1 施設名（連絡先）と太枠部分はあらかじめ記入して保管しておいてください。
- 2 記載内容の定期的な更新をお願いします。
- 3 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）
- 4 救急要請時の状況等の記入は可能な範囲で結構です。状況に応じて、応急手当や他の業務を優先させて下さい。