

患者情報記録用紙 (記載要領)

施設名	
住所	施設職員さんが同乗ができない場合に連絡して患者情報をお聞きすることがあります
電話番号	

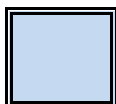
ふりがな 氏名	性別	年齢	生年月日		
	男・女	歳	M・T・S・H		
			年 月 日		
住所					
主訴	何時頃から、どうあるのか。 ※例 ・15時頃から胸痛と息苦しさ ・右半身の麻痺とろれつが回らないなど 訴えを簡潔に記載してください。 搬送の際に必要な情報などは救急隊から再度お聞きします。				
バイタル	測定時間	時 分	内服薬 情報	□カルテ □お薬手帳 □記録なし	
呼吸数		回/分	既往歴 かかりつけ	主な既往歴の記載を ※例:脳梗塞、心筋梗塞など	
SpO2		%	歩行	□不可 □車いす □杖歩行 □自力歩行	
血圧	/	mmHg	意思疎通	□可 □不可(例:うなずきで可能など)	
脈拍数		回/分	食事	□自立 □介助 □その他(例:胃管など)	
体温		℃	同乗者	□あり □なし	氏名
搬送先	搬送先病院名		診療科	連絡医師(看護師)名	

■DNAR

DNAR希望	書面の有無	主治医・担当医	電話番号
□あり □なし	□あり □なし	病院・医院 医師	

■家族連絡先

連絡の有無	氏名	続柄	電話番号
□あり □なし	すぐに病院に来てもらえる家族や、緊急時に連絡する家族連絡先を記載してください		



施設にて**事前記載**して頂きたい項目です。
また住所の変更や状態に変化があった場合には**適宜更新**してください。

緊急時は患者さんの対応を優先させてください。
バイタルサインや搬送先への連絡なども緊急時には救急隊から行います。