

救急隊情報提供カード

付録

【事前記載事項】 ご利用者ごとに事前に記入しておいて下さい。

住 所			電話番号	() -
			生年月日	T・S・H 年 月 日
ふりがな 氏 名	ふりがな	性別	既往 (かかった病気等)	
		男・女	かかりつけ病院	
緊急連絡 先	氏名		電話番号	() -
	住所		続柄	
日常生活	会話	可能 ・ 一部可能 ・ 不可	歩行	可能 ・ 一部可能 ・ 不可

【緊急時記載事項】 記載の上、到着した救急隊に渡して下さい。

特記事項	(発生原因・主訴・経緯など)	<input type="checkbox"/> : 顔面蒼白	<input type="checkbox"/> : 嘔吐・嘔気
		<input type="checkbox"/> : 頭痛	<input type="checkbox"/> : 胸痛
		<input type="checkbox"/> : 発熱	<input type="checkbox"/> : 冷汗
		<input type="checkbox"/> : けいれん	<input type="checkbox"/> : 失禁 (大・小)
		<input type="checkbox"/> : 呼吸苦	<input type="checkbox"/> いびき様呼吸

※記載していただいた内容は、救急業務以外には使用しません。

※分かる範囲で記入をお願いします。