

患者情報提供書

記載日 年 月 日

到着した救急隊に本提供書をお渡しください。
※知り得た個人情報には目的以外には使用いたしません。
問合せ:宮崎市消防局 警防課 救急救助企画室
(0985-32-4903)

施設名

施設代表者氏名

【施設利用者基本情報】

氏名	(ふりがな)	性別	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
住所				電話	
現病歴/既往歴	服用薬名:				
かかりつけ 医療機関	医療機関名:	(連絡先:)			
	担当科:	(担当医師名:)			
緊急連絡先①	氏名(続柄)	(連絡先:)			
	住所				
緊急連絡先②	氏名(続柄)	(連絡先:)			
	住所				
ADL (日常生活動作)	※食事・歩行等で自立・要介助・要介護等を記入お願いします				
リスク	◆タバコ:吸う(1日 本)・吸わない ◆アルコール:飲む(1日 合)・飲まない				
患者による DNAR希望	意思表示: あり・なし	担当医療機関:			(電話番号:)
		担当医師名:			

【緊急時情報】 ※該当するものに○を付けてください

1 救急要請理由	①心肺停止(疑いを含む) ◆胸骨圧迫: 有・無 ◆人工呼吸: 有・無 ◆電気ショック:有(回)・無
	②転倒・転落・打撲(疑いを含む) 怪我をしている部分:
	③急な病気(痛み・違和感等) 主訴: 頭痛・胸痛・背部痛・腹痛・腰痛・嘔吐・その他()
	④上記以外()
2 家族連絡	連絡実施(連絡した家族の氏名:) ・ 連絡未実施
3 医師による DNAR指示	①担当医師によるDNAR指示確認: あり・なし
	②DNARに関する家族連絡確認: あり・なし ※上記①及び②が「あり」でも、到着した救急隊によって改めて確認させていただきます。
4 バイタルサイン(時 分頃測定)※測定可能な範囲で構いません。	
◆意識:	◆血圧: / mmHg
◆呼吸: 回/分 ◆脈拍: 回/分	◆瞳孔:右 mm 左 mm
◆Spo2: %(酸素投与:有()・無)	◆対光反射:右(+・-) 左(+・-)
◆体温: °C	◆麻痺:有()・無
◆最終食事: 時	◆服用薬: (服用時間: 時)

患者情報提供書

記入例

記載日 年 月 日

到着した救急隊に本提供書をお渡しください。
 ※知り得た個人情報 は目的以外には使用いたしません。
 問合せ: 宮崎市消防局 警防課 救急救助企画室
 (0985-32-4903)

施設名 〇〇有料老人ホーム
 施設代表者氏名 消防 一郎

【施設利用者基本情報】

氏名	(ふりがな) みやざき はなこ 宮崎 はなこ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和7年1月1日(90 歳)
住所	宮崎市橘通西一丁目1番1号			電話	0985-〇〇-〇〇〇〇
現病歴/既往歴	現病歴: 高血圧 既往歴: 脳梗塞 服用薬名:				
かかりつけ 医療機関	医療機関名: 〇〇病院 (連絡先: 〇〇-〇〇〇〇)				
	担当科: 〇〇科 (担当医師名: 〇〇医師)				
緊急連絡先①	氏名(続柄) 宮崎 たろう (長男) (連絡先: 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
	住所 宮崎市橘通西一丁目1番1号				
緊急連絡先②	氏名(続柄) (連絡先:)				
	住所				
ADL (日常生活動作)	※食事・歩行等で自立・要介助・要介護等を記入お願いします				
リスク	◆タバコ: 吸う(1日 本)・吸わない ◆アルコール: 飲む(1日 合)・飲まない				
患者による DNAR希望	意思表示: <input checked="" type="radio"/> あり ・ なし		担当医療機関: (電話番号:) 担当医師名:		

【施設利用者基本情報】は、緊急時に備えて、事前に記入をお願いします。可能な限り、詳細に記入してください。別添に「患者によるDNAR希望欄」の説明と、「救急要請時の流れ」をまとめたフローチャートがあります。

【緊急時情報】 ※該当するものに○を付けてください

1 救急要請理由	<input type="checkbox"/> ①心肺停止(疑いを含む)
	◆胸骨圧迫: 有・無 ◆人工呼吸: 有・無 ◆電気ショック: 有(回)
	<input checked="" type="checkbox"/> ②転倒・転落・打撲(疑いを含む)
	怪我をしている部分: 大腿部の痛み
	<input type="checkbox"/> ③急な病気(痛み・違和感等)
2 家族連絡	主訴: 頭痛・胸痛・背部痛・腹痛・腰痛・嘔吐・その他()
	<input checked="" type="checkbox"/> ④上記以外()
3 医師による DNAR指示	連絡実施(連絡した家族の氏名: 宮崎太郎) ・ 連絡未実施
	①担当医師によるDNAR指示確認: <input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
	②DNARに関する家族連絡確認: <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
※上記①及び②が「あり」でも、到着した救急隊によって改めて確認させていただき。	
4 バイタルサイン(〇〇時 〇〇分頃測定)※測定可能な範囲で構いません。	
◆意識: 清明	◆血圧: 150 / 90 mmHg
◆呼吸: 25 回/分 ◆脈拍: 80 回/分	◆瞳孔: 右 mm 左 mm
◆SpO ₂ : 95%(酸素投与: 有()・無(<input checked="" type="checkbox"/>))	◆対光反射: 右(+・-) 左(+・-)
◆体温: 36.5 °C	◆麻痺: 有()・無(<input checked="" type="checkbox"/>)
◆最終食事: 〇〇 時	◆服用薬: 〇〇 (服用時間: 〇〇 時)

【緊急時情報】は、救急搬送を依頼される際に記載してください。

1 救急要請理由及び2 家族連絡は、必須項目です。

3 医師によるDNAR指示は、患者様の意識が無くなり、人工呼吸や胸骨圧迫が必要な場合に記載をお願いします。

4 バイタルサインは、測定可能であれば記入をお願いします。