

# 救急車利用チェックシート 施設名:( 特養消防 )

○患者情報(もしもの時に備えて予め記入して下さい。)

令和11年9月記入

- ・ 氏名 消防 太郎 (ふりがな) しょうぼう たろう 性別  男  女
- ・ 生年月日 T・㊟・H 1年 1月 9日
- ・ 住所 瀬戸内市邑久町本庄1795
- ・ 昔かかっていた病気 ( 脳梗塞(右麻痺)・旭東 心臓カテーテル手術・榊原 )
- ・ 現在、治療中の病気 ( 糖尿病、高血圧 )
- ・ 血液サラサラの薬を飲んでいる場合 ( イグザレルト バイアスピリン )
- ・ アレルギー  有  無 (有の場合: アルコール )
- ・ 普段の様子 意思疎通(会話)は出来るか  可  不可  
ADL  自立  要介護 1・2・3・4・5  寝たきり
- ・ 掛りつけ医療機関名( 瀬戸内消防病院 ) 主治医名( 消内医師 )
- ・ 主となる家族 氏名( 消防 花子 ) 続柄( 娘 )  
連絡先 ① TEL ( 0869 - 22 - 0000 )
- ・ DNAR 根拠となる書類  有  無

○患者情報(119番要請時記入事項)

- ・ 救急要請した理由  
( 室内で転倒 頭部負傷 出血 腰の痛み  
呂律が回らない 右半身麻痺 )
- ・ 発見した時刻( 10 時 00 分頃) ・ 最終健常時刻( 9 時 00 分頃)
- ・ 最終食事時刻( 8 時 00 分頃)
- バイタル測定時刻( 11時 00分)
- ・ 呼吸 18 回/分 ・ 脈拍 80 回/分 ・ 血圧 120/80 mmHg
- ・ SpO2 98 % (酸素 2 剤投与) ・ 体温 36.5 °C
- ・ 血糖値 80 mg/dl

○チェック項目(出来る限り行って下さい)

- 主となる家族への連絡  している  していない
- 主治医への連絡  している  していない
- 搬送病院の手配 病院名( 瀬戸内市民病院 )
- 同乗者の有無  有 ( )  無
- お薬手帳の準備  している  していない
- DNAR書類  有  無

※当該利用シートを記入する際は、必ず本人または家族に同意を得てご記入ください。

※当該利用シートは救急業務以外の目的では利用いたしません。

※ダウンロード先: 瀬戸内市消防本部/警防課/お知らせ/救急車利用チェックシート

# 救急車利用チェックシート取扱説明書

- ☆ このチェックシートは、救急隊が病院に患者さまの情報を伝えるために、皆さまに質問する内容をまとめたものです。  
このチェックシートをご利用いただければ、救急車は現場から早く出発できます。
- ☆ 記入例のとおり患者情報（もしもの時に備えてあらかじめ記入して下さい。）を記入し、救急隊到着までに、要請に至る理由、時間経過、異常バイタル等を書き足すことで高い効果を発揮します。
- ☆ 救急車到着前に、チェック項目に従って確認を進めることで、落ち着いて救急車を利用いただけます。

※ 記入内容に変更・追加があった場合には、速やかに変更・追加を行ってください。

## 【チェック項目内容】

- ・ 家族への連絡…あらかじめ記入しておいた連絡先を参考に、必ず連絡しておきましょう。
- ・ 主治医への連絡…時間帯が良ければ、相談すると有効です。
- ・ 搬送病院の手配…あらかじめ記入しておいた搬送先病院候補を参考に、搬送病院について、主治医と相談するなどして検討しておいてください。
- ・ 同乗者…患者のために可能な限りお願いしています。
- ・ 薬…いつも飲んでいる薬があれば、お薬手帳を必ず準備しておきましょう。
- ・ DNAR…搬送先に伝える情報として重要なものですので、再確認をお願いします。

## お問い合わせ

瀬戸内市消防本部 警防課 救急係

TEL：0869-22-1492

FAX：0869-24-1677

e-mail：syouboukeibou@city.setouchi.lg.jp