

【記載例】 救急車搬送依頼書（改訂第4版）

施設名	〇〇施設
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

作成日	〇 年 〇 月 〇 日
作成日=更新日	

この太線の欄はいざという時に備えて“日ごろ”から書いておきましょう！
分かっている範囲で構いません！

備えとして書いておくところ

住所	太宰府市国分3-13-1				
フリガナ氏名	チクシ タロウ 筑紫 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭和11年4月28日	年齢 89歳
現在治療中の病気	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input checked="" type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん（疾患名 上記にない疾患をお書きください）⇒告知（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 自由記載：膠原病 分かる範囲で✓を付けてください				
常用薬	<input checked="" type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input checked="" type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）※お薬手帳の準備をお願いします。記載は分かる範囲で構いません				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 薬（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 食物（青魚） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
日常生活	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ※備考（ ） 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖（支え必要） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
理解度の確認	意思の疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可		介護度		要介護3
かかりつけ医療機関	〇〇病院	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	医師名	〇〇医師
キーパーソン（緊急連絡先）	氏名	太宰 花子	続柄	長女	連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

この二重線の欄は”救急車を要請した時”に書きます。
空欄があっても構いません！（状況に応じて応急処置を優先して下さい）

救急車を呼んだら書くところ

救急要請理由等	いつ：夕食後 どこで：居室 何をしている時に：更衣中 どうなった：転倒 ※最後の食事時間 17時半頃 応急処置（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 内容 右頬 傷 ガーゼ保護				
搬送患者への同乗 ※どれかに☑	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし⇒同乗に準ずる方法（家族が病院へ向かう） ※準ずる方法の記載例：別の車で追走、家族が医療機関に向かう等				
搬送に関する問い合わせ先	氏名：大野 城 今回の搬送について医療機関からの問合せに答えられる職員 職種 介護士 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
家族への連絡	誰に連絡がついたか？ <input type="checkbox"/> 上記キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> キーパーソン以外 ※下記記入 ※連絡がついた相手 氏名 筑紫 二郎 続柄 長男 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

※ 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）