

救急隊への情報メモ

救急車を要請する場合は ⇒ 119番に通報して係員の問いかけにお答えください。お聞きするのは
①施設名 ②患者の年齢・性別 ③何が起こったのか、
④現在の状態（意識等） ⑤かかりつけ病院 ⑥病歴などの情報です。

救急車が到着したら ⇒ 内容を記入したこのメモを救急隊にお渡しください。

記入日： 2019 年 4 月 1 日

1. 患者の情報

氏名（ふりがな）： 加古川 太郎 （ かこがわ たろう ）

生年月日： 1936 年 3 月 28 日 （ 83 才 ） 性別： 男性

住 所： 加古川市加古川町北在家2000

2. 家族・キパ-ツの連絡先

① 氏名： 加古川 次郎

続柄： 長男

住所： 加古川市加古川町北在家2000

電話番号： 079-424-0119

② 氏名： 稲美 花子

続柄： 長女

住所： 加古郡稲美町国岡 1-1

電話番号： 079-492-1212

3. かかりつけ医療機関等（主たるもの）

〇〇〇

病院・医院

担当医名： 播磨一郎

病歴： ・ 脊柱管狭窄症 ・ 肺気腫

4. DNARの本人意思 あり ・ なし ・ 不明

「あり」の場合 確認方法 書面 ・ 口頭 ・ その他 （ ）

5. その他特記事項（救急隊に伝えておきたいこと・服用している薬等）

常時、酸素2ℓ投与。SPO2は90%を維持。自立歩行可能。

☆このメモはあらかじめ記載しておくことをお勧めします。 ☆このメモはコピーして使用してください。

☆このメモは任意での使用をお勧めするもので、救急要請時に必ず救急隊への提出を求めるものではありません。



施設名： 地域密着型介護老人福祉施設 ○○○○○

担当者名： ○○ ○○

連絡先： ○○○-○○○○-○○○○