救急情報基本シート

記載日：令和　　年　　月　　日　　更新①：令和　　年　　月　　日　　更新②：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所/施設名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 利用者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 主治医等 | 配置医師/嘱託医 |
|  |
| かかりつけ医 |
|  |
| 治療中の疾病等 | （病名/通院先医療機関） |
|  |
|  |
| 主な既往歴 | （病名/いつ頃/医療機関） |
|  |
|  |
| 内服薬 | お薬手帳のコピー、医薬情報シートでの代用可 |
|  |
|  |
| ＡＤＬ | 認知症　　有　　無 |
| 歩行（自立・一部要介助・要介助）　　食事（自立・一部要介助・要介助） |
| トイレ（自立・オムツ使用・要介助）　　入浴（自立・一部要介助・要介助） |
| 要介護度 | 支援１　　支援２　　要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ |
| ケアマネ | （氏名/所属/連絡先） |
|  |
| キーパーソン | （氏名/住所/連絡先/続柄） |
|  |
|  |
| 備考（メモ） |  |
|  |
|  |

※ 本シートは、救急業務以外には使用しません。搬送終了後、医療機関へ提供、もしくは施設関係者・家族に返却します。

※ 本シートは、浜松市ホームページからダウンロードできます。