

救急情報提供書

発生場所	特別養護老人ホーム〇〇	
住 所	御坊市〇〇	普段から記載できる 部分は記載しておく。
氏 名	〇〇 〇〇	
年 齢	M (T) S H 13年 1月 1日 (95 歳)	
かかりつけ医	〇〇診療所 〇〇医師	
既往症	脳梗塞、アルツハイマー型認知症、誤嚥性肺炎	
服用薬	別紙参照	薬剤情報がわかる資料を添付しても構いません。
アレルギー	薬品等：アルコール綿禁	食品等：なし
家族の連絡先	氏名 〇〇 〇〇	続柄 長男 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
麻痺	無 ・ (有) 状態： 右半身麻痺	麻痺の状況など
ADL	移動・車椅子自操	移乗・一部介助
		普段の状況を知るための項目 です。移動などを中心に。

確 認 事 項	いつ	1月1日 20:00頃
	どこで	居室ベッド上
	何をしている時に	臥床中
	どうなったか	顔色不良、喘鳴、呼吸不安定
	SpO2	80~90 %
	脈拍回数	100 回/分
	血 圧	90 / 50 mmHg
	体 温	38.5 °C
家族への連絡の有無	無 ・ (有) 誰に： 〇〇 〇〇 (長男)	

救急情報提供書

太枠内は、普段から記載できる部分を記載しておきます。

発生場所	特別養護老人ホーム〇〇		
住所	御坊市〇〇		通常は施設名
氏名	〇〇 〇〇		
年齢	M	T	(S) H 10年 1月 1日 (歳)
かかりつけ医	〇〇診療所 〇〇医師		
既往症	糖尿病・高血圧		
服用薬	別紙参照 薬剤情報がわかる資料を添付しても構いません。		
アレルギー	薬品等：ピリン系禁		食品等：なし
家族の連絡先	氏名	〇〇 〇〇	続柄 長女 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
麻痺	⊖ ・ 有 状態：		例えば右上下肢麻痺など
ADL	移動・歩行器使用見守り 移乗・見守り		普段の状況を知るための項目です。移動などを中心に。

確認事項	いつ	〇月〇日 7:20頃	
	どこで	居室ベッド上	
	何をしている時に	ベッド上で臥床	
	どうなったか	右上下肢麻痺・口角より流延、呂律困難	
	SpO2	95	%
	脈拍回数	90	回/分
	血圧	160 / 90	mmHg
	体温	36.5	°C
家族への連絡の有無	無 ・ ⊕	誰に： 〇〇 〇〇 (長女)	

救急情報提供書

太枠内は、普段から記載できる部分を記載しておきます。

発生場所	老人保健施設〇〇		
住所	日高郡〇〇		通常は施設名
氏名	〇〇 〇〇		
年齢	M	T	⑤ H 13年 2月 1日 (歳)
かかりつけ医	〇〇診療所 〇〇医師		
既往症	認知症		
服用薬	別紙参照 薬剤情報がわかる資料を添付しても構いません。		
アレルギー	薬品等：なし		食品等：なし
家族の連絡先	氏名	〇〇 〇〇	続柄 長男 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
麻痺	⑨ ・ 有 状態：		例えば右上下肢麻痺など
ADL	移動・車椅子自操 移乗・一部介助		普段の状況を知るための項目です。移動などを中心に。

確認事項	いつ	〇月〇日 20:20頃	
	どこで	居室内ベッドサイド	
	何をしている時に	臥床している時	
	どうなったか	ベッドサイドに倒れていた。右大腿部に痛みを訴えている	
	SpO2	98	%
	脈拍回数	92	回/分
	血圧	150 / 90	mmHg
	体温	36.3	°C
家族への連絡の有無	無 ・ ⑨	誰に： 〇〇 〇〇 (長女)	