

記入例

プレホスピタルレコード

平成21年 7月15日

①基本情報(ご記入ください)

施設名	藤沢老人ホーム 藤沢市 本町 ○—○—○○ 0466—○○—○○
住所	
電話番号	

②傷病者情報 (ご記入ください)

傷病者情報				
氏名	藤沢 太郎 : フジサワタロウ 男・女			
生年月日	M・T・ <u>S</u> ・H 2年12月31日 ○○歳			
住所	藤沢市 藤沢 1-1-1 アパート101号室			
電話番号(家族への連絡先)	0466-11-1111			
既往歴	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(脳梗塞・高血圧・結核・C型肝炎)
かかりつけ医療機関	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(藤沢市民病院)
搬送先希望医療機関	なし			
服用薬	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(アムロジン・ワーファリン)
薬に対するアレルギー反応	無	<input checked="" type="radio"/> 不明	有	(聞いたことがない)

③傷病者情報 (ご協力お願い致します)

※医師・看護師が対応する場合はご記入ください。

【バイタルサイン等】	8時54分	メモ
意識	JCS— 10	
呼吸	18回/分	
脈拍	80回/分	
血圧	160 / 80 mmhg	
SPO2	98%	
体温	36.5 °C	
最終食事	不明	

④傷病者情報 (ご記入ください)

⑤傷病者情報（ご記入ください）

ADL (日常生活動作)	食事	自立	一部介助	全介助		
	移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
	更衣	自立	一部介助	全介助		
	入浴	自立	一部介助	全介助		
	排泄	自立	一部介助	全介助		
	意思疎通	普通	困難	具体的な様子:		
	視力障害	無	有	具体的な様子:		
	聴力障害	無	有	具体的な様子:		
	麻痺(後遺症)	無	有	具体的な様子:		
	認知症状	無	有	具体的な様子:		
	行動	徘徊	大声・奇声	暴力・暴言	帰宅願望	その他

⑥忘れ物等はありませんか？次の項目をチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	同乗者	施設関係者が同乗される場合、傷病者の状況等がわかる方が望ましい。
<input checked="" type="checkbox"/>	記録日誌・サマリー	施設関係者が同乗される場合、サマリー等の情報をご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	保険証	傷病者の保険証があればご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	診察カード	病院の診察カードがあればご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	服用薬・お薬手帳	服用薬、もしくはお薬手帳をご用意ください。お借りして医師に受け渡します。
<input checked="" type="checkbox"/>	居室の確認	オムツや衣服、履き物、杖等のご確認をお願い致します。
<input checked="" type="checkbox"/>	その他、持ち物	居室内の貴重品の管理、火の元の確認、戸締まりをお願い致します。

※この情報用紙は救急活動を円滑に行うため使用致します。また、病院への情報提供として使用します。
ご理解のうえ、ご協力お願い致します。(個人情報の取扱いには十分注意致します)

※提供を受けた医療機関は個人情報の取り扱いに十分注意し、使用後は適切に破棄してください。

プレホスピタルレコード

平成 年 月 日

①基本情報(ご記入ください)

施設名	
住所	
電話番号	

②傷病者情報 (ご記入ください)

傷病者情報				
氏名	男・女			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 歳
住所				
電話番号(家族への連絡先)				
既往歴	無	不明	有	()
かかりつけ医療機関	無	不明	有	()
搬送先希望医療機関				
服用薬	無	不明	有	()
薬に対するアレルギー反応	無	不明	有	()

③傷病者情報 (ご協力お願い致します)

※医師・看護師が対応する場合はご記入ください。

【バイタルサイン等】	時	分	メモ
意識	JCS-		
呼吸		回/分	
脈拍		回/分	
血圧	/	mmhg	
SPO2		%	
体温		°C	
最終食事	不明		
		時	分

④傷病者情報 (ご記入ください)

--

⑤傷病者情報（ご記入ください）

ADL （日常生活動作）	食事	自立	一部介助	全介助		
	移動	自立	一部介助	全介助	（杖・歩行器・車椅子・装具）	
	更衣	自立	一部介助	全介助		
	入浴	自立	一部介助	全介助		
	排泄	自立	一部介助	全介助		
	意思疎通	普通	困難	具体的な様子：		
	視力障害	無	有	具体的な様子：		
	聴力障害	無	有	具体的な様子：		
	麻痺（後遺症）	無	有	具体的な様子：		
	認知症状	無	有	具体的な様子：		
	行動	徘徊	大声・奇声	暴力・暴言	帰宅願望	その他

⑥忘れ物等はありませんか？次の項目をチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	同乗者	施設関係者が同乗される場合、傷病者の状況等がわかる方が望ましい。
<input type="checkbox"/>	記録日誌・サマリー	施設関係者が同乗される場合、サマリー等の情報をご用意ください。
<input type="checkbox"/>	保険証	傷病者の保険証があればご用意ください。
<input type="checkbox"/>	診察カード	病院の診察カードがあればご用意ください。
<input type="checkbox"/>	服用薬・お薬手帳	服用薬、もしくはお薬手帳をご用意ください。お借りして医師に受け渡します。
<input type="checkbox"/>	居室の確認	オムツや衣服、履き物、杖等のご確認をお願い致します。
<input type="checkbox"/>	その他、持ち物	居室内の貴重品の管理、火の元の確認、戸締まりをお願い致します。

※この情報用紙は救急活動を円滑に行うため使用致します。また、病院への情報提供として使用します。
 ご理解のうえ、ご協力お願い致します。（個人情報の取扱いには十分注意致します）

※提供を受けた医療機関は個人情報の取り扱いに十分注意し、使用後は適切に破棄してください。