



救カード

救急車の要請は 119 番へ

住所	電話	() -			
	緊急連絡先	() -			
フリガナ	性別 男・女	生年月日	年齢	歳	
氏名		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		
既往症 現病歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()			職業	無
	かかりつけ 病院・医師	内服薬 有・無 お薬ノートを持参してください。			
搬送先が決まっている場合記入してください。搬送先 病院 科 医師					
転院搬送理由 <input type="checkbox"/> ベッド満床 <input type="checkbox"/> 専門外 <input type="checkbox"/> 処置困難 <input type="checkbox"/> 医師不在 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 応急処置のみ <input type="checkbox"/> その他					

最終バイタル 測定時間 時 分
 意識レベル JCS I II III _____
 脈拍 _____ 回/分 血圧 _____ / _____
 SPO2 _____ % 体温 _____ . _____ °C
 最終食事 時 分頃 アレルギー 有・無

記入日 (. .)
 記入者 ()

この情報は救急活動以外に使用することはありません。
 太枠部分は必ず記入し、その他はわかる範囲で記入してください。
 ※ ご不明な点は、消防署救急係 0955-72-4183へ

キリトリ A5版を1回分としてご使用ください



救カード

救急車の要請は 119 番へ

住所	電話	() -			
	緊急連絡先	() -			
フリガナ	性別 男・女	生年月日	年齢	歳	
氏名		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		
既往症 現病歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()			職業	無
	かかりつけ 病院・医師	内服薬 有・無 お薬ノートを持参してください。			
搬送先が決まっている場合記入してください。搬送先 病院 科 医師					
転院搬送理由 <input type="checkbox"/> ベッド満床 <input type="checkbox"/> 専門外 <input type="checkbox"/> 処置困難 <input type="checkbox"/> 医師不在 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 応急処置のみ <input type="checkbox"/> その他					

最終バイタル 測定時間 時 分
 意識レベル JCS I II III _____
 脈拍 _____ 回/分 血圧 _____ / _____
 SPO2 _____ % 体温 _____ . _____ °C
 最終食事 時 分頃 アレルギー 有・無

記入日 (. .)
 記入者 ()

この情報は救急活動以外に使用することはありません。
 太枠部分は必ず記入し、その他はわかる範囲で記入してください。
 ※ ご不明な点は、消防署救急係 0955-72-4183へ