

救急情報提供用紙

コピーしてお使いください

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 名前	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所・電話番号	※アパート・マンション名、号棟・号室までご記入ください
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
既往歴 (病歴)	
かかりつけの病院	
日常生活 (ADL)	意思疎通 (可能・一部・不能) 歩行 (寝たきり・車いす・杖・自立)
認知症 (程度)	重・中・軽・なし
延命処置等治療に関する意思表示	書面等あり・書面等なし
緊急連絡先	— (続柄)

※ 太枠内は、事前に記入しておいてください。

※ 記入した内容に変更が生じた場合は、その都度修正してください。

救急車を呼ぶか判断に迷ったら

主治医や訪問看護師等に
連絡し指示を受ける

- ・ # 7 1 1 9 または 045-232-7119
に電話をかけて相談する
- ・ PCやスマートフォンで緊急性を確認

横浜市救急受診ガイド

検索



が必要

1 1 9 番通報

救急車が来るまでに



火の元の確認と戸締り

健康保険証・医療証・お薬手帳・診察券などを用意

家族など緊急時の連絡先の用意

お金（病院代や帰りの交通費）

その他必要なもの

点線枠部分の記入



救急要請に至る経過 (いつから何がどうなったか)	
最後にいつもどおりだったのは?	
病院連絡	済 () 未 ()
家族への連絡	連絡済 ・ 未連絡 (連絡済電話番号:)

※ 救急要請時には、点線枠内を記入してください。記入ができない場合は、口頭での説明をお願いします。

施設名・担当者名等