|  |
| --- |
| **１１９通報と救急車到着時に聞かれること** |
| **意識、呼吸はありますか** |
| **何歳ぐらいの男性ですか、女性ですか** |
| **今どの様な症状がでていますか** |
| **いつも通りの姿を最後に見たのはいつですか（何時ごろ）** |
| **ケガまたは倒れるところを、誰かが見て（音を聞いて）いましたか** |
| **コロナ陽性者又は濃厚接触者との接触　　有　　・　　無　　体温　　　℃** |

|  |
| --- |
| 事前に書いておくこと※以下の項目は、予め記載をお願いします。 |
| **施設住所** |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| **既往** | 大きな病気のみ記入してください（※告知なしの場合は記入不要） |
| かかりつけ病院 |  |
| 薬情報 | ※病院で必要となりますので、可能であれば通報後に準備してください。 |
| 日常会話 | 可能　　　　　　　不可能 |
| 日常生活 | 全介助　　　　一部介助　　　　　介助なし |
| 緊急連絡先 | 市町名 |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  | 電話 |  |
| **DNARの意思表示はありますか** | 有　・　無 |

お願い事項

1.色付きの項目は、通報時、聞き取りたい内容です。

2.速やかな処置の実施のため、玄関の開錠・現場までの誘導をお願いします。

3.救急搬送の際、付き添い（発症状況の分かる方など）をお願いします。

※記載していただいた内容は、救急業務以外には使用いたしません 　　　　　　　　　　　　　　　　　都城市消防局 指令課　0986-23-2125

消防カルテ