

西淀川区利用者 救急受診シート

施設名：	記入者：	問い合わせ連絡先：
------	------	-----------

ふりがな：	男・女	T・S・H・西暦		年
氏名：		月	日	歳

緊急連絡先 (キーパーソン)	①氏名：	続柄：	電話番号：
	②氏名：	続柄：	電話番号：
その他の情報：肉親なし、後見人の有・無など			

主訴・現病歴：搬送依頼までの簡単な経過（詳細は現場で口頭伝達可）		
既往歴：（一覧表があればコピーで可）		
#	#	#
#	#	#
アレルギー：不明・無・有 ➡（ ）		
食事形態：普通食・きざみ食・ペースト食・胃瘻（腸瘻）・その他（ ）		

内服薬：お薬手帳・お薬説明書・処方一覧コピー（左記があれば記載不要）

※利用者家族など来院された場合は、付き添い職員は戻らしていただきます。