



救カード

この情報は救急活動以外に使用することはありません。
わかる範囲で記入して下さい。(津山圏域消防組合)

住 所	電 話	() —
	緊急連絡先	() —
フリガナ 氏 名	性 別	生年月日
	男・女	大正 年齢 _____ 歳 昭和・平成 年 月 日
既往歴 現病歴	※お薬ノートを持参してください	
かかりつけ 病院・医師	普段の状態	歩 行 可 ・ 介助 ・ 不可 食 事 可 ・ 不可 会 話 可 ・ 不可 マヒ 有 ・ 無
親族への連絡 <input type="checkbox"/> 済み (続柄:) <input type="checkbox"/> 不可 ※不可理由()		
搬送先医療機関 有・無 ※有の場合 医療機関名:		連絡者

最終バイタル	測定時間 _____ 時 _____ 分	施設名: _____ 記入日 (. .) 救急要請理由(症状はいつから?) 記入者 ()
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	有の場合 _____	

キリトリ A5版を1回分としてご使用下さい



救カード

この情報は救急活動以外に使用することはありません。
わかる範囲で記入して下さい。(津山圏域消防組合)

住 所	電 話	() —
	緊急連絡先	() —
フリガナ 氏 名	性 別	生年月日
	男・女	大正 年齢 _____ 歳 昭和・平成 年 月 日
既往歴 現病歴	※お薬ノートを持参してください	
かかりつけ 病院・医師	普段の状態	歩 行 可 ・ 介助 ・ 不可 食 事 可 ・ 不可 会 話 可 ・ 不可 マヒ 有 ・ 無
親族への連絡 <input type="checkbox"/> 済み (続柄:) <input type="checkbox"/> 不可 ※不可理由()		
搬送先医療機関 有・無 ※有の場合 医療機関名:		連絡者

最終バイタル	測定時間 _____ 時 _____ 分	施設名: _____ 記入日 (. .) 救急要請理由(症状はいつから?) 記入者 ()
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	有の場合 _____	