

救急患者基本情報シート

年 月 日 作成

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時の救急隊及び東海中央病院へ渡してください。(連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください。)

フリガナ 氏名		性別	男	・	女	年齢	歳
		生年月日		年		月	
自宅住所							

入所施設名:		担当者名:	
--------	--	-------	--

緊急連絡先 キーパーソン ①	氏名	TEL	自宅・携帯・職場・その他 —
	続柄	住所	
緊急連絡先 キーパーソン ②	氏名	TEL	自宅・携帯・職場・その他 —
	続柄	住所	

経過	直前の状況と入所経過	
	受診の目的	受診目的に関わる経過
病歴等	現在治療中の病気・ケガ	既往歴
	新型コロナウイルス罹患歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	3ヶ月以内の検査結果 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> CT ※結果添付

