

救護要請シート

報告日時 月 日 午前/午後 時 分

- 必要な方に少しでも早く医療を届けるためのシートです。
- 届けてくださった方に、その後の経過についての責任が問われることはありません。
- 下記の欄に情報を記入しリストを参考に最寄りの診療可能な最寄りの医療機関まで届けてください。
- インターネットがつながる場合は右記のQRコードからフォームに入力し送信してください。 **検討中**



報告者	氏名	所属	職種	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> その他	
	電話	連絡先メール					
要援護者	氏名	年齢	歳	<input type="checkbox"/> 氏名不詳	<input type="checkbox"/> 年齢不詳		
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> その他	本人/家族電話		
	今いる場所	<input type="checkbox"/> 安全	<input type="checkbox"/> 危険	目印 ()			
	搬送・訪問	<input type="checkbox"/> 要搬送 [たんか 車いす 歩行介助]				<input type="checkbox"/> 要訪問	
	意識	<input type="checkbox"/> 呼びかけに返事あり				<input type="checkbox"/> 呼びかけに返事なし	
	呼吸	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 苦しそう	<input type="checkbox"/> 呼吸無し			
	怪我の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり	[あたま 手足 胸 腹 背中 その他()]			
	介護必要性	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 必要	[食事 排泄 その他()]			
備考							
担当者記入	受付者	受付場所	受付日時 月 日 時 分				
	対応	<input type="checkbox"/> 応急処置後帰宅 <input type="checkbox"/> 救護所で見守り待機 <input type="checkbox"/> 病院搬送 <input type="checkbox"/> 救急車対応 <input type="checkbox"/> その他					
	備考						

救護要請シート

報告日時 月 日 午前/午後 時 分

- 必要な方に少しでも早く医療を届けるためのシートです。
- 届けてくださった方に、その後の経過についての責任が問われることはありません。
- 下記の欄に情報を記入しリストを参考に最寄りの診療可能な最寄りの医療機関まで届けてください。
- インターネットがつながる場合は右記のQRコードからフォームに入力し送信してください。 **検討中**



報告者	氏名	所属	職種	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> その他	
	電話	連絡先メール					
要援護者	氏名	年齢	歳	<input type="checkbox"/> 氏名不詳	<input type="checkbox"/> 年齢不詳		
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> その他	本人/家族電話		
	今いる場所	<input type="checkbox"/> 安全	<input type="checkbox"/> 危険	目印 ()			
	搬送・訪問	<input type="checkbox"/> 要搬送 [たんか 車いす 歩行介助]				<input type="checkbox"/> 要訪問	
	意識	<input type="checkbox"/> 呼びかけに返事あり				<input type="checkbox"/> 呼びかけに返事なし	
	呼吸	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 苦しそう	<input type="checkbox"/> 呼吸無し			
	怪我の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり	[あたま 手足 胸 腹 背中 その他()]			
	介護必要性	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 必要	[食事 排泄 その他()]			
備考							
担当者記入	受付者	受付場所	受付日時 月 日 時 分				
	対応	<input type="checkbox"/> 応急処置後帰宅 <input type="checkbox"/> 救護所で見守り待機 <input type="checkbox"/> 病院搬送 <input type="checkbox"/> 救急車対応 <input type="checkbox"/> その他					
	備考						