

<h1>救急連絡シート①</h1>			施設名：
			☎ ()
作成日	年 月 日	作成者	担当職員氏名 ()

◆基本情報

住所	〒		
フリガナ 氏名	(□男・□女)		連絡先 ☎
生年月日	□大正 □昭和 □西暦	年 月 日	() 歳

◆緊急時連絡先 ※出来る限り、病状説明や治療方針で確認可能な方の連絡先をご記入下さい。

氏名	続柄	自宅☎	携帯☎

◆医療情報 ※「薬品情報提供書」または「お薬手帳(コピー)」を一緒に保管して下さい。

治療中の病気	感染症 無・有 ()		
過去の病気など			
アレルギー	薬アレルギー □無 □有 ()		
	食事アレルギー □無 □有 ()		
服用している薬 ※お薬手帳を添付			
かかりつけ医 または 協力医療機関	医療機関名	主治医氏名(診療科目)	緊急時連絡先☎
利用中の訪問看護ステーション、 居宅介護支援事業所など	事業所名：		連絡先☎
	担当者：		

◆普段の生活 ※該当する項目のみご記入下さい。

排泄	□自立 □一部介助 □全介助(トイレ・オムツ)	会話	□支障なし □支障あり(認知症・難聴)
歩行	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	食事	□自立 □一部介助 □全介助/摂食嚥下障害

※治療方針について本人及び家族の意志確認(かかりつけ医と確認)

1. DNAR(蘇生拒否)に関する意思表示の有無	□有 □無
2. 担当医(氏名) TEL(電話番号)	担当医(氏名) TEL
3. 心肺蘇生等を希望しない意思の提示(書面)	□有 □無
4. 医師の指示書の有無	□有 □無
確認した日：□令和・□西暦 年 月 日	確認した医師：
署名(本人)：	家族(代理人)：

※救急車を要請した場合、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ救急搬送することになります。

救急要請の状況 ② _____年 月 日

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。

状態が悪く処置を行わなければならない場合は、処置を優先してください。

氏 名 ()

生年月日 ()

いつ…

どこで…

何をしているとき…

どうなった…

直近のバイタルサイン		測定時間	時	分	
意識		<input type="checkbox"/> 清明	声掛けに反応： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		JCS
		()			
呼吸数		回/分	脈拍数		回/分
血 圧	/	mmHg	体 温		°C
SpO2		%	瞳 孔		

現在、実施した処置・薬剤など

その他、救急隊、救急病院に伝えたいこと(DNARの現状等)

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

※搬送終了後に、同乗の施設職員に返却、又は家族、搬送先医療機関へお渡します。

※緊急時に慌てることがないように事前に作成しておきましょう(①のみ)。

※年1回は情報を更新しましょう(①のみ)

