

救急連絡シート①

施設名：○○○○施設

○○○町○○○○

☎ ○○○(○○○)○○○○

【記入例】

作成日

R7年○月○日

作成者

担当職員氏名(南風原 花子)

◆基本情報

住所

〒○○○-○○○○

フリガナ
氏名

東部 太郎

(☑男・□女)

連絡先☎

098-946-9991

生年月日

□大正 ☑昭和 □西暦 6年12月16日 (93)歳

シートの記載は、万が一の際に慌てないためにも事前に準備しておくことが大切です。

◆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☎
東部 一郎	長男	○○○-○○○-○○○○	○○○-○○○-○○○○
東部 二郎	なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話番号は連絡が付きやすい番号をご記入下さい		

◆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	高血圧症、糖尿病など 感染症 無・有()		
過去の病気など	脳梗塞など		
アレルギー	薬アレルギー ☑無 □有() 食事アレルギー □無 ☑有(卵など)		
服用している薬 ※お薬手帳を添付	アムロジピン、メトグルコ、ワーファリンなど		
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：○○○○○○○ 担当者：○○○○○○○	連絡先☎ ○○○-○○○-○○○○	

救急対応時に重要な情報となります。
ある場合は、最新の情報を記入ください。

◆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 7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

R7 年〇月〇〇 日

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。

※こちらからは手書きでご記入下さい。

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 (東部 太郎)

生年月日 (S7 年 12 月 16 日)

いつ…

〇月〇日 〇〇時ごろ

どこで…

施設の食堂で

何をしているとき…

夕食を食べている最中に

どうなった…

突然、意識がなくなった

直近のバイタルサイン

測定時間 〇〇 時 〇〇 分

意識

清明

声掛けに反応: 有・ 無

JCS(III-300)

呼吸数

20 回/分

脈拍数

60 回/分

血圧

100/60 mmHg

体温

36.5 °C

SpO2

90 %

瞳孔

左右3mm、対光反射(+)

現在、実施した処置・薬剤など

・酸素を2リットル投与して。SpO2は90%を維持

その他、救急隊、救急病院に伝えたいこと(DNARの現状等)

・右耳が聞こえにくいので、左側からゆっくり話かけて下さい

・かかりつけ医の〇〇病院の〇〇先生には連絡済みです。

※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く(①のみ)。②はプリント後に手書き。

※年1回は情報を更新しましょう(①のみ)。

※は「しかく」・は「チェック」で変換できます

