

<h1>救急連絡シート</h1>			施設名		
			住所		
作成日		平成 年 月 日	作成者		本人・家族・施設職員(氏名)
				TEL	

◆本人情報

住所				
ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	年齢	歳 (平成 年 月 日現在)
連絡先 電話番号				

◆医療情報

現在治療中の病気			
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬			
かかりつけ 又は 協力医療機関等	医療機関名	主治医氏名(診療科目)	緊急時連絡先

◆普段の生活

介護区分		歩行	寝たきり ・ 車椅子 ・ 補助歩行 ・ 自力歩行
会話	可・不可	食事	経口 ・ 介助経口 ・ その他()

◆緊急時連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

※救急搬送終了後に、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。

時間がある場合は、裏面に救急要請の状況や現在行った処置などを記録してください。

救急要請の状況

※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。

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	R: mm()L: mm()	

現在、実施した処置・薬剤など

その他、救急隊に伝えたいこと(DNARの話し合い等)