

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

住所			
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳 (令和 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
SpO ₂		%	瞳孔		偏視・不同・散大・縮瞳

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)