

救急連絡シート①			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：	担当者：	連絡先☎

◆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. 心肺停止時の心肺蘇生は行いますか	□希望する □希望しない
2. 救命もしくは、本人や家族が希望する状態へ回復が困難と判断された場合、どこまで治療を希望されますか	□積極的な治療 (人工呼吸器など) □負担の少ない治療 (酸素投与、内服治療、点滴など) □積極的な治療はせず (看取りケア)
3. 適切な治療で回復の可能性がある状況・病態 (抗生剤で治療可能な感染症など) の場合はどこまで治療を希望されますか	□積極的な治療 (人工呼吸器など) □負担の少ない回復を目標とした治療 (酸素投与、内服治療、点滴治療など) □負担のかからない処置のみ (補液など)
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	℃
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)。