

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。

救急連絡シート①

施設名：○○○○施設
○○○市○○○
☎ ○○○(○○)○○○

【記入例】

作成日 R7年○月○日 作成者 担当職員氏名(豊見城花子)

◆基本情報

住所	〒○○○-○○○		
フリガナ氏名	南部地区太郎	(<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	連絡先☎ 098-998-8572
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 6年12月16日 (93)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☎
豊見城二郎	長男	○○○-○○○-○○○	○○○-○○○-○○○
豊見城三郎	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		
過去の病気など	脳梗塞など		
アレルギー	薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・オムツ)	会話	<input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり(認知症・難聴)
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 積極的な治療(人工呼吸器など) <input checked="" type="checkbox"/> 負担の少ない治療(酸素投与、内服治療、点滴など) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 積極的な治療(人工呼吸器など) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 負担のかからない処置のみ(補液など)
確認した日： <input checked="" type="checkbox"/> 令和・ <input type="checkbox"/> 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。

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 (南部地区太郎)

生年月日 (S7 年 12 月 16 日)

いつ…

〇月〇日 〇〇時ころ

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。