

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：○○○○○○○ **【記入例】**
○○市字○○○○
☎ ○○○(○○)○○○

作成日 R7年 ○ 月 ○ 日 作成者 担当職員氏名(○○○○○○○・相談員)

◆基本情報

住所	〒○○○-○○○		
フリガナ 氏名	ナンブチク タロウ 南部地区 太郎	連絡先 ☎	○○○(○○)○○○
生年月日	☐大正 ☑昭和 ☐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☎
南部地区 一郎	長男	○○○-○○○-○○○	○○○-○○○-○○○
南部地区 二郎	次男	○○○-○○○-○○○	○○○-○○○-○○○

◆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 (B型肝炎)		
過去の病気など	脳梗塞 (H23)		
アレルギー	薬アレルギー ☑無 ☐有 (その他※ラテックスアレルギー) 食事アレルギー ☐無 ☑有 (卵、)		
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		
かかりつけ医 または 協力医療機関	医療機関名	主	ある場合は、最新の情報を記入ください。 (診療科目)
	○○○○○○○病院	○○○○○○○ 内科	○○○-○○○-○○○
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)
確認日： ☑令和・☐西暦 ○年 ○月 ○日	確認した医師：○○○○○○○
署名(本人)：○○○○○○○	家族(代理人)：○○○○○○○ 長男

※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。

こちらからは手書きでご記入下さい。

【記入例】

救急要請の状況② R7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 (南部地区 太郎)

生年月日 (S 6年 12月 16日)

いつ・・・

○月○日 ○○時頃

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 ○○ 時 ○○ 分

意識

清明 声掛けに反応： 有 ・ 無 JCS (III-100)

呼吸数

20 回/分

脈拍数

80 回/分

血圧

180/100 mmHg

体温

37.3℃

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○○病院の○○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)。