

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）」と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（抗生素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）：

※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	J C S ()
呼吸数	回／分	脈拍数	回／分
血 壓	/ mmHg	体 温	°C
S p 0 2	%	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 (D N A R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)。