

救急連絡シート〔施設記載〕

記載例

名前（ふりがな）	生年月日	年齢	性別
れんらく 連絡 たろう 太郎	(明・大・昭・平成) 20年1月1日	71	男・女
住所	電話	アレルギーの有無	
鳥取市富安1番地	0857-12-3456	有・無 ※有（ ）	

（医療情報）

【かかりつけ医療機関】

かかりつけ医療機関名	鳥取診療所	主治医または診療科目	砂丘先生	〔DNAR〕 意思表示
病名	高血圧、糖尿病 〔治療中・治療済み〕	服薬	あり・なし	
		服薬名	処方薬名	有・無

【その他の病歴】

病名	狭心症 〔治療中・治療済み〕	服薬	あり・なし	服薬名	処方薬名
医療機関名	二十世紀病院	主治医または診療科目		服薬名	大山先生
病名	〔治療中・治療済み〕	服薬	あり・なし	服薬名	
医療機関名		主治医または診療科目		服薬名	

（日常生活）

歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行・機能良好 <input checked="" type="checkbox"/> 補助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	会話	可・不可
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> その他（ ）	その他	

（緊急時連絡先） ※搬送先病院に提供する情報です。

名前	続柄	住所	電話番号
東部 花子	娘	鳥取市東町1番地	0857-98-7654
連絡 次郎	弟	八頭町八頭1番地	0858-11-2233

施設名	とっとり老人ホーム	Tel	0857-99-8877
作成日	平成30年1月1日	作成者	本人・家族・施設職員（氏名）

※この救急連絡シートは、本人または家族の同意を得て作成しています。

裏面に救急要請時情報があります。

〔救急要請時記載〕

もしものとき、救急隊や搬送先医療機関は、下記の情報を活用してください。

※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。

※記載以外に情報等があれば個人カルテ等の準備をお願いします。

（発生状況）

いつ	1月 1日 12時 15分ごろ
どこで	<input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> その他()
何をしていた	ベッドから降りようとして
どうなった	転倒し頭部を負傷した
発症（受傷） の目撃	<input checked="" type="checkbox"/> あり（12時00分ごろ） 目撃者（施設職員） <input type="checkbox"/> なし

（観察状況）【直近のバイタルサイン】測定時間： 時 分

意識	<input type="checkbox"/> 清明 <input checked="" type="checkbox"/> 声かけに反応あり <input type="checkbox"/> 反応なし	呼吸数	20回/分		
脈拍数	70回/分	血圧	140/90 mmHg	体温	36.6℃
SpO2	98%	瞳孔	右 4mm 左 4mm		

（応急手当）

<input type="checkbox"/> 胸骨圧迫（実施時刻 時 分から）	<input type="checkbox"/> 人工呼吸（実施時刻 時 分から）
<input type="checkbox"/> AED（実施時刻① 時 分、② 時 分、③ 時 分、④ 時 分）	
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与（ 0）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
医師の治療等	止血、被覆処置

（その他、救急隊に伝えたいこと）

病院連絡	連絡済・未実施	医療機関名	二十世紀病院	[受入可・不可]
最終食事	1月 1日 11時30分	認知症	あり・なし	
DNRの話し合い等、その他 家族に連絡済、自宅から病院に向かっている。				

〔注意事項等〕

- 救急業務以外には使用しません。医療機関に搬送後、救急隊が処分します。
- 記載内容に変更があった場合は、その都度新しい情報に書き直してください。