

救急連絡シート〔施設記載〕

名前（ふりがな）	生年月日	年齢	性別
	（明・大・昭・平成） 年 月 日		男・女
住所	電話	アレルギーの有無	
		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		主治医または診療科目		〔DNAR〕 意思表示
病名	[治療中・治療済み]	服薬	服薬名	
		あり・なし		

【その他の病歴】

病名	[治療中・治療済み]	服薬	服薬名
		あり・なし	
医療機関名		主治医または診療科目	
病名	[治療中・治療済み]	服薬	服薬名
		あり・なし	
医療機関名		主治医または診療科目	

（日常の生活）

歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行・機能良好 <input 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 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

施設名	TEL		
作成日	年 月 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	月 日 時 分ごろ
どこで	<input 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	
どうなった	
発症（受傷） の目撃	<input type="checkbox"/> あり（ 時 分ごろ） 目撃者（ ） <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 type="checkbox"/> 声かけに反応あり <input type="checkbox"/> 反応なし	呼吸数	回/分
脈拍数	回/分	血圧	/ mmHg
SpO2	%	瞳孔	右 mm 左 mm
		体温	℃

（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（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
医師の治療等	

（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	[受入可・不可]
最終食事	月 日 時 分	認知症	あり・なし
DNARの話し合い等、その他			

〔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。