

<h1>救急連絡シート</h1>		施設名	
		住所	
		TEL	
作成日	R 年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員（氏名）

住所			
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳 (R 年 月 日現在)
連絡先 電話番号			

医療情報

現在治療中の 病気			
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬			
かかりつけ 又は 協力医療機関等	医療機関名	主治医氏名（診療科目）	緊急時連絡先

普段の生活

介護区分		歩行	寝たきり ・ 車椅子 ・ 補助歩行 ・ 自力歩行
会話	可・不可	食事	経口 ・ 介助経口 ・ その他（ ）

緊急時連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

救急搬送終了後に、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。

時間がある場合は、裏面に救急要請の状況や現在行った処置などを記録してください。

救急要請の状況

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。

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

清明

声掛けに反応：

有

無

JCS ()

呼吸数

回/分

脈拍数

回/分

血圧

mmHg

体温

SpO₂

%

瞳孔

現在、実施した処置・薬剤など

その他、救急隊に伝えたいこと（蘇生処置をしないでほしい（DNAR）の話し合い等）

DNARの意思表示があった場合でも、救急隊は消防法等に基づき、必要な応急処置を実施して医療機関に搬送します。