|  |  |
| --- | --- |
| **救急連絡シート** | **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****（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** | **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、搬送医療機関へお渡しします。**

**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（ＤＮＡＲの話し合い等）** |
|  |