

救急情報連絡シート

施設名:

【作成日: 年 月 日】

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名		年齢	年 月 日 歳(年 月 日現在)
住所	☎		

緊急時連絡先

	氏名	続柄	住所／電話番号
①			☎
②			☎

日常生活の状況

自立・機能良好
 部分介助(自力歩行可)
 部分介助(自力歩行不能)
 全介助
 全介助(寝たきり)
(※要支援 ・ 要介護)

医療情報

病歴	現病(現在治療中の病気や怪我)		かかりつけ医療機関
	既往症(治療済みの病気)	医療機関	いつ頃ですか
服用薬			
手術歴	内容	医療機関	いつ頃ですか
その他	透析(週 回)・胃瘻・その他()		
もしもの時の処置について、病院医師に伝えたいことがあればチェックして下さい			
<input type="checkbox"/> 延命を目的とした、高度な処置をして欲しい <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守って欲しい <input type="checkbox"/> その他()			

救急要請時記載用

- ・本日、救急要請するに至った理由を施設職員等が記載して下さい。
- ・119番通報後、家族連絡(記載以外に何か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 分頃
場所	居室・トイレ・浴室・その他()
発症(受傷)を目撃しましたか？ はい (日 時 分頃に誰が()) いいえ	
<発見時の状況、主な症状や本人の訴え、直近のバイタル等>	

応急手当

胸骨圧迫 ・ 人工呼吸 ・ AED ・ 吸引 酸素投与() ・ その他()
いつからその処置を始めましたか？
医師の治療等、その他()

病院連絡

受入状況	医療機関名	かかりつけ／協力病院
(可 ・ 不可)		
(可 ・ 不可)		
(可 ・ 不可)		

【注意事項】

- (1) この情報連絡シートは、駆け付けた救急隊が迅速に活動することを目的として作成しています。
- (2) 情報提供に同意頂ける場合、本人もしくは家族、又は本人の同意を得た施設関係者で記載をお願いします。
- (3) 救急活動以外には使用しません。病院搬送後、救急隊で処分します。
- (4) 記載内容に変更があった場合は、その都度新しい情報を記入して下さい。