

# 救急連絡シート

施設名  
住所  
TEL

作成日 令和 年 月 日 作成者 本人・家族・施設職員（氏名）

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名		(男・女)	年	月 日
住所	救急搬送時、来院できる家族 いない・いる( )			<input type="checkbox"/> 施設と同じ
緊急時連絡先①	氏名	続柄	住所	電話番号
緊急時連絡先②				

## ◆医療情報

現在治療中の病気やケガ			
過去にかかった主な病気			
服用している薬 (お薬手帳の写し可)			
アレルギー	無 ・ 有 (記入: )		
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)	緊急連絡先

## ◆普段の生活

日常生活	介護認定等	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	会話	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一部可能(聞き取りにくい・理解に時間がかかる) <input type="checkbox"/> 不可	
		認知機能	<input type="checkbox"/> 認知症あり(程度: )	
	活動	行動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
		移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
	食事	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
摂食状態		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 )		
排泄	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )		
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ		
機能障害	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )	欠損	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )
	視覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細: )	聴覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり )
特別な医療	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> シヤント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属物 <input type="checkbox"/> その他(詳細: )			

# 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。  
状態が悪く処置が必要な場合は、処置を優先してください。

発症(受傷)を目撃しましたか？		<input type="checkbox"/> はい ( 時 分頃)	
		<input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 普段の状態を最後に確認した時間は？( 時 分頃)	
主訴 (訴え)			
いつから？			
どのように？			
どうなった？			
主な症状	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 呂律不良 <input type="checkbox"/> 失禁(大・小) <input type="checkbox"/> 麻痺( ) <input type="checkbox"/> その他の部位の痛み( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
直近のバイタルサイン		測定時間 時 分	
意識	<input type="checkbox"/> 清明	声掛けに反応 :	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無    JCS ( )
呼吸数	回/分	脈拍数	回/分
血圧	/ mmHg	体温	°C
SpO2	% 酸素 L⇒ %	瞳孔	右 mm(+ -) 左 mm(+ -)
その他、特記事項(搬送先が決まっている場合は病院名・科・医師名を記載してください)			
心肺停止時の希望	①DNAR(蘇生拒否)に関する意思表示はありますか？    有(本人・家族・かかりつけ医師) ・ 無 ※有の場合、下段へ		
	②心肺停止時の意思・対応を把握しているかかりつけ医(書面での取り交わし 有 ・ 無 )		
	病院(医院)名：    医師名：		
	医師に連絡可能な電話番号：		
カルテ記載： あり ・ なし ・ 不明		24時間対応： 可能 ・ 不可能	
※心肺停止状態の傷病者に対して、救急隊が出動した場合、原則、蘇生処置(胸骨圧迫・人工呼吸)を行い医療機関へ搬送します。また、気管挿管や薬剤投与を含む高度な処置を行う場合もあります。			

※ 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ます。