

救急連絡シート①			施設名： ☎ ()
作成日	年 月 日	作成者	担当職員氏名 ()

◆基本情報

住 所	〒		
フリガナ 氏 名	(□男・□女)	連絡先 ☎	
生年月日	□大正 □昭和 □西暦 年 月 日	() 歳	

◆緊急時連絡先 ※出来る限り、病状説明や治療方針で確認可能な方の連絡先をご記入下さい。

氏 名	続 柄	自宅☎	携帯☎

◆医療情報 ※「薬品情報提供書」または「お薬手帳（コピー）」と一緒に保管して下さい。

治療中の病気	感染症 □無・□有 ()		
過去の病気など			
アレルギー	薬 アレルギー □無 □有 () 食事アレルギー □無 □有 ()		
服用している薬 ※お薬手帳を添付			
かかりつけ医 または 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☎
利用中の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など	事業所名： 担当者：		連絡先☎

◆普段の生活 ※該当する項目のみご記入下さい。

排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (□トイレ・□オムツ)	会話	☐ 支障なし ☐ 支障あり (□認知症・□難聴)
歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 / ☐ 摂食嚥下障害

※治療方針について本人及び家族の意志確認(かかりつけ医と確認)

1. 心肺停止時の心肺蘇生は行いますか	☐ 希望する ☐ 希望しない
2. 救命もしくは、本人や家族が希望する状態へ回復が困難と判断された場合、どこまで治療を希望されますか	☐ 積極的な治療（人工呼吸器など） ☐ 負担の少ない治療（酸素投与、内服治療、点滴など） ☐ 積極的な治療はせず（看取りケア）
3. 適切な治療で回復の可能性がある状況・病態（抗生剤で治療可能な感染症など）の場合はどこまで治療を希望されますか	☐ 積極的な治療（人工呼吸器など） ☐ 負担の少ない回復を目標とした治療（酸素投与、内服治療、点滴治療など） ☐ 負担のかからない処置のみ（補液など）
確認日： □令和・□西暦 年 月 日	確認した医師：
署名（本人）：	家族（代理人）：

※救急車を要請した場合、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ救急搬送することになります。

救急要請の状況② 年 月 日

※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。

氏 名 ()

生年月日 ()

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、救急病院に伝えたいこと（DNARの現状等）

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

※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します。

※緊急時に慌てることがないように事前に作成しておきましょう(①のみ)。

※年1回は情報を更新しましょう(①のみ)。