

岸和田市 救急時連携シート

2019.01 ver1.0 手書き用

	記載・更新日	年 月 日
記入者氏名	職種(役職)	
施設・事業所名	施設電話番号	

傷病者情報

フリガナ	性別	男・女	年齢	歳
氏名	生年月日	年 月 日生		
	自宅電話番号			
自宅住所				
入所施設名	※入所中の場合のみ記載		施設電話番号	※入所中の場合のみ記載

緊急連絡先(家族等)情報

①緊急連絡先	続柄	電話	(自宅)	(携帯)
②緊急連絡先	続柄	電話	(自宅)	(携帯)

普段の診察情報(かかりつけ医療)

医療機関	電話	主治医
	区分	在宅診療・外来 診療科目
薬局	電話	担当者
訪問看護	電話	担当者
ケアマネ	電話	担当者

既往歴・現病歴・アレルギー等 ※「不明」、「なし」の場合もその旨を記載すること

既往歴	アレルギー
現病歴	感染症

救急要請内容(要請に至った経緯)

	記入者氏名
日時	月 日 () 時 分頃
場所	居室・トイレ・浴室・脱衣場・廊下・フロア・玄関・機能訓練室・静養室 その他()
状況	※何をしていて、どのようになったか
主症状等	意識消失・けいれん・麻痺・ろれつ困難・呼吸苦・顔面蒼白・嘔気/嘔吐・吐血・下血 外傷/疼痛(部位:)・その他()

バイタルサイン

測定時間	血圧	脈拍	体温	SPO2	意識状態
時 分	/				平常・低下・無反応
時 分	/				平常・低下・無反応

普段の状況

会話	可・一部可・不可	歩行	可・一部介助・全介助	認知症	有・無
----	----------	----	------------	-----	-----

持参書類確認欄

<input type="checkbox"/> お薬情報の分かるもの(お薬手帳など)	<input type="checkbox"/> 既往歴・入院歴が分かるもの
<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 普段のADLが分かるもの(コピー)

※施設職員が記載し、コピーして2部持参。1部を救急隊員に渡してください。

【上段】 あらかじめ記入のうえ常備

【下段】 救急要請時に記入

岸和田市 救急時連携シート のご利用にあたって

2019.01 ver1.0 手書き用

目的

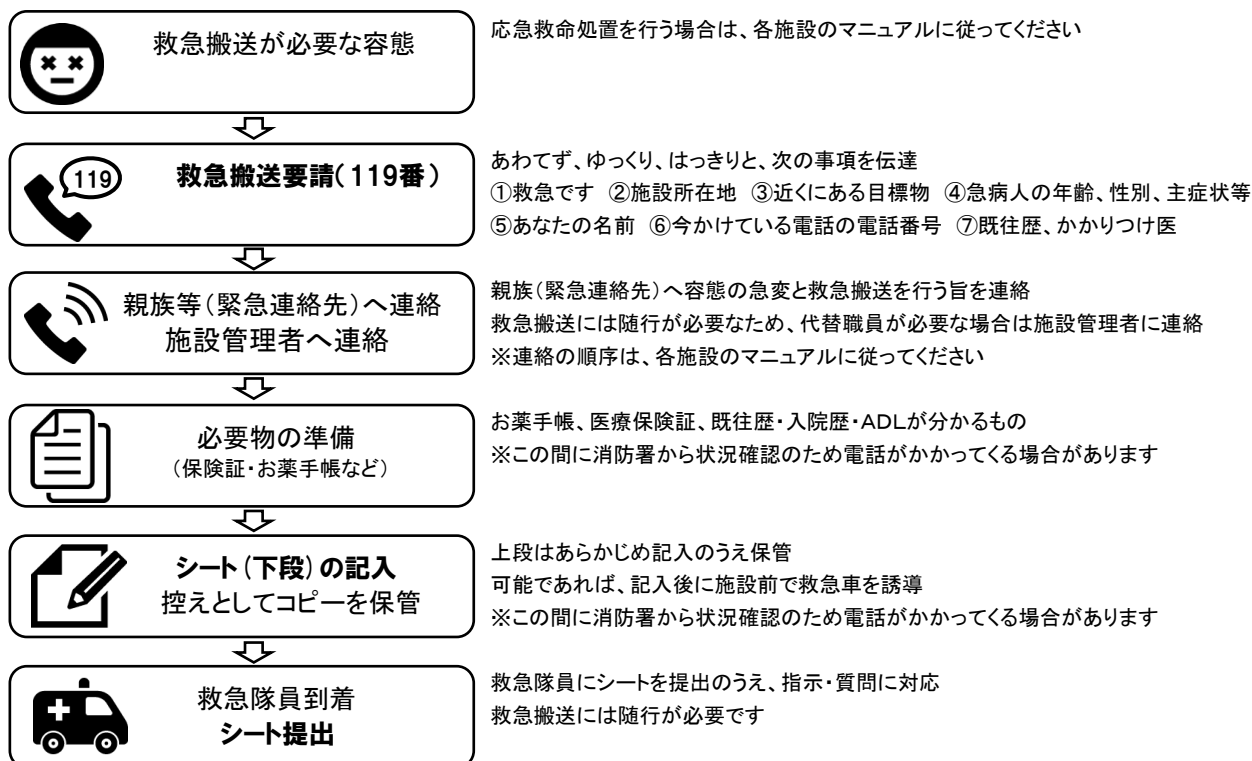
医師や看護師などの医療職が常駐していない介護施設や高齢者住宅等では、入所(居)者の救急搬送の場面で施設職員の適切な判断と対応が求められます。

岸和田市救急時連携シートは、施設職員、救急隊員、搬送先医師等が適切かつスムーズな搬送と処置が行えるよう情報連携するためのツールです。

利用上のご注意

- 本シートは、介護施設や高齢者住宅等の介護関係施設職員が記入・利用することを目的としており、個人的利用は想定されておりません。
- あらかじめ上段を記入のうえ保管し、内容に変更が生じた場合は更新してください。
- 個人情報の取扱いに関しては、各施設で定めている個人情報保護対策を踏まえてご活用ください。
- 各施設の対応マニュアルに従い、シートの記入者、管理者、提示者など、利用体制を検討のうえご活用ください。
- シートの記載内容だけで情報が足りるとは限りません。シートを提示のうえ、救急隊員の指示・質問に対応してください。
- 救急搬送の要請は真に必要な場合のみとし、モラルに基づいた適正な利用を心がけてください。

救急時対応フローチャート



発行：岸和田市在宅医療介護連携拠点会議