

# 救急時連携シート

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

## 傷病者情報

フリガナ		性別		年齢	歳
氏名		生年月日		生	
施設住所					
入所施設名		施設電話番号			

## 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		診療科目	
薬局		電話		担当者	
訪問看護	事業所名	電話		担当者	
ケアマネ	事業所名	電話		担当者	

## 既往歴・アレルギー等

既往歴	1	2	3	4	アレルギー		
					感染症		

## 救急要請内容(要請に至った経緯)

日時	月 日 ( ) 時 分頃	記入者氏名
場所	居室・トイレ・浴室・脱衣場・廊下・フロア・玄関・食堂・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	
【裏面】救急要請時に印刷のうえ記入 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	SpO <sub>2</sub>	意識状態
時 分	/		不整脈(あり・なし)			平常・低下・無反応
時 分	/		不整脈(あり・なし)			平常・低下・無反応

備考欄

## 普段の状況

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

## 持参書類確認欄

 お薬情報の分かるもの(お薬手帳など) 既往歴・入院歴が分かるもの 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。