

救急時連携シート

【表面】あらかじめ記入のうえ常備

	記載・更新日	
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	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		

【裏面】救急要請時に印刷のうえ記入

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		
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。