

救急連絡シート				施設名	
				住所	
				TEL	
作成日	H 年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員(氏名)		

住所					
ふりがな 氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	年齢 歳 (H 年 月 日現在)
連絡先 電話番号					

医療情報

現在治療中の 病気			
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬			
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)	緊急時連絡先

普段の生活

介護区分		歩行	寝たきり ・ 車椅子 ・ 補助歩行 ・ 自力歩行
会話	可・不可	食事	経口 ・ 介助経口 ・ その他()

緊急時連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

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、搬送先医療機関へお渡しします。

時間がある場合は、裏面に救急要請の状況や現在行った処置などを記録してください。

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。

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	
S p O ₂		%	瞳 孔	

現在、実施した処置・薬剤など

その他、救急隊に伝えたいこと (DNARの話し合い等)