.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** | **〒** | | |
|  | **（□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）」を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 口一部介助**  **□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）** |
| **確認した日：**  **□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）。**