

# 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	〒		
フリガナ 氏名	(□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)」と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：		連絡先☎
	担当者：		

## ◆普段の生活 ※該当する項目のみご記入下さい。

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (□トイレ・□オムツ)	会話	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (□認知症・□難聴)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		食事

## ※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	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 積極的な治療(人工呼吸器など) <input type="checkbox"/> 負担の少ない治療(酸素投与、内服治療、点滴など) <input type="checkbox"/> 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)の場合どこまで治療を希望されますか	<input type="checkbox"/> 積極的な治療(人工呼吸器など) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 負担のかからない処置のみ(補液など)
確認日： □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 °C

S pO2 % 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ます。

※緊急時に慌てることがないように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)。