

救急連絡シート			施設名 住 所 T E L
作成日	年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員(氏名)
◆基本情報			
住 所			
ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H 年 月 日	年齢	歳 (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

◆DNAR(心肺蘇生を行わないこと)について本人及び家族の意思確認

DNARに同意あり	DNARに同意なし
-----------	-----------

救急要請の状況

※救急要請時に、時間のある場合は記載して下さい。
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	<input type="checkbox"/> 清明	声掛けに反応：		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 JCS ()
呼吸数	回/分	脈拍数	回/分		
血圧	/ mmHg	体温	°C		
SpO2	%(酸素)				
瞳孔	右 mm対光反射：	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	左	mm対光反射： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

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)

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

浦添市消防署

救急連絡シート		施設名 ○○●●施設 住所 浦添市○○ ●丁目●番●号 TEL ○○○-●●●●-○○○	
作成日	令和○年○月○日	作成者	本人・家族・施設職員(氏名 勢理客 花子)
◆基本情報			
住所	浦添市○○ △丁目△番△号 ●●アパート □□号室		
ふりがな氏名	浦添 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	T <input checked="" type="radio"/> S・H ○年 ○月 ○日	年齢	○○歳 (令和 ○年 ○月 ○日 現在)
連絡先電話番号	090-○○○-△△△△(携帯) 098-××××-□□□□(自宅)		
◆医療情報			
現在治療中の病気	高血圧、糖尿病	救急対応時に重要な情報となります。 できる限り最新の情報をご記入ください。	
過去に医師から言われた病気	脳梗塞、心筋梗塞		
服用している薬	降圧薬、糖尿病薬、ワーファリン		
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
	○○病院	□□先生(内科)	090-○○○○-△△△△
	●●クリニック	■先生(循環器科)	090-○○○○-△△△△
◆普段の生活			
介護区分	要介助2	歩行	<input checked="" type="radio"/> 寝たきり・車椅子・補助歩行・自力歩行
会話	<input checked="" type="radio"/> 可・不可	食事	経口・ <input checked="" type="radio"/> 介助経口・その他()
◆緊急時連絡先			
氏名	続柄	住所	電話番号
浦添 一郎	長男	浦添市○○ △丁目△番△号	090-○○○○-△△△△
伊祖 花子	長女	○○市○○ △丁目△番△号	090-○○○○-△△△△
◆DNAR(心肺蘇生を行わないこと)について本人及び家族の意思確認			
DNARに同意あり		<input checked="" type="radio"/> DNARに同意なし	

※ 表面は事前に記載しておき、緊急時にすぐに使用できるように保管して下さい。

救急要請の状況

※救急要請時に、時間のある場合は記載して下さい。
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・・・

〇月〇日 〇〇時〇〇分ごろ

どこで・・・

施設の食堂で

何をしているとき・・・

夕食を食べている最中に

どうなった・・・

突然、意識がなくなった

直近のバイタルサイン

測定時間 〇〇時 〇〇分

意識	<input type="checkbox"/> 清明	声掛けに反応： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	会話(疎通)： <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 否
呼吸数	20 回/分	脈拍数	60 回/分
血圧	100 / 60 mmHg	体温	36.0 °C
SpO2	90 %(酸素)		
瞳孔	右 3mm対光反射： <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	左	3mm対光反射： <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

現在、実施した処置・薬剤など

酸素を2ℓ投与して、SpO2は90%を維持

その他、救急隊に伝えたいこと(DNARの話し合い等)

右耳が聞こえにくいので左側からゆっくり話しかけてください
かかりつけの〇〇病院の□□医師へ連絡済みです。
救急隊から、搬送時に連絡が欲しいとのことです。
(連絡先：〇〇〇-□□□-△△△△)

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

浦添市消防署