

救急連絡シート		施設名	八戸〇〇施設
		住所	八戸市〇〇三丁目〇-〇
		TEL	0178-〇〇-〇〇〇〇
作成日	R 〇 年 〇 月 〇 日	作成者	本人・家族・施設職員 ( 菊池 ゆう子 )

ふりがな 氏名	おおたに しょうた 大谷 消太	性別	男・女
住所	八戸市〇〇一丁目〇-〇		
生年月日	M・T・S・H 〇 年 〇 月 〇 日	年齢	〇 歳 ( R 〇 年 〇 月 〇 日 )
連絡先 電話番号	0178-00-0000 (自宅)	090-0000-0000 (携帯電話)	

## ＜医療情報＞

現在治療中の病気	高血圧 糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に記載し保管してください。</li> <li>・内容に変更があった場合は最新の情報を記入し、作成日を更新してください。</li> <li>・同乗する方が持参し、救急隊員にお渡しください。</li> </ul>	
過去に医師から言われた病気・入院歴等	脳梗塞 心筋梗塞		
服用している薬	<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳がある方は持参願います。 ※お薬手帳がある方は持参してください。 ない場合は、記入してください。		
アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
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
	八戸〇〇病院	〇〇先生(内科)	0178-00-0000
	〇〇クリニック	〇〇先生(循環器科)	0178-00-0000

## ＜普段の生活＞

介護区分	要支援2	歩行	寝たきり	車いす	補助歩行	自力歩行
会話	可・不可	食事	経口	介助経口	その他 ( )	
トイレ・排泄		自力可能	ポータブル	おむつ	その他 ( )	

## ＜緊急時連絡先＞

氏名	続柄	住所	電話番号
おおたに しょういち 大谷 消一	長男	八戸市〇〇字〇〇 △-□	090-1234-5678
すずき しょうこ 鈴木 消子	長女	南部町〇〇字〇〇 □-△	090-8765-4321

※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。

同乗者	氏名	たなか しょうすけ 田中 将助	資格	看護師	介護士	その他 ( )
-----	----	--------------------	----	-----	-----	---------

時間がある場合は、裏面の記入もお願いします。



# 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。

発生日時

○ 月 ○ 日 ○ 時 ○ 分ごろ

どこで・・・

居室  トイレ  浴室  廊下  その他 ( 施設の食堂 )

何をしているとき・・・

夕食を食べているとき

・救急車到着までに、時間があれば記載してください。  
・記載できない場合でも、救急隊員はこのような情報を聞き取りますので、参考にしてください。

どうなった・・・

突然、意識がなくなった 誤嚥は無し

発症(受傷)の目撃  あり ( ○ 時 ○ 分ごろ ) 目撃者 ( 田中 将助 )

なし

直近のバイタルサイン

測定時間 ○ 時 ○ 分

意識  清明  声掛けに反応あり  反応なし JCS ( III-100 )

呼吸数 20 回 / 分 脈拍数 60 回 / 分

血圧 100 / 60 mmHg 体温 36.0 °C

SpO<sub>2</sub> 90 % 瞳孔 右 3 mm / 左 3 mm 対光 (+)

実施した処置・薬剤など

人工呼吸 (実施時刻 時 分から)  人工呼吸 (実施時刻 時 分から)

AED ( 実施時刻 ① 時 分 ② 時 分 ③ 時 分 )

吸引  酸素投与 ( 2 ℓ )

その他

その他、救急隊に伝えたいこと

病院連絡 連絡済 未実施 医療機関名 八戸〇〇病院(かかりつけ)

最終食事 ○ 月 ○ 日 ○ 時 ○ 分 認知症 あり ・ なし

その他

〇〇先生に連絡済みです。

搬送時に、救急隊から連絡が欲しいとのことです。  
(電話 0178-〇〇-0000)