

救急連絡シート		施設名	〇〇〇〇
		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 (救急 急子)

ふりがな氏名	しょうぼう しょうた 消防 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
連絡先電話番号	0178-00-0000 (自宅)	000-0000-0000 (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"> ・事前に記載し保管してください。 ・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。 ・同乗する方が持参し、救急隊員にお渡しください。 	
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
しょうぼう しょういち 消防 消一	長男	八戸市〇〇字〇〇 △-□	000-0000-0000
しょうぼう しょうこ 消防 消子	長女	南部町〇〇字〇〇 □-△	000-0000-0000

※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	きゅうめい 救命 救	きゅうた 急太	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 (救命 急太)

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

SpO2 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 0178-00-0000)