

救急連絡シート			施設名		
			住所		
TEL					
作成日	年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員 ()		

ふりがな 氏名				性別	男・女
住所					
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	年齢	歳	
	()		年 月 日		
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・入院歴等					
服用している薬	□お薬手帳がある方は持参願います。				
アレルギーの有無	□ なし □ 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	

<普段の生活>

介護区分		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	電話番号

※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	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 ()

何をしているとき・・・

どうなった・・・

発症（受傷）の目撃 あり (時 分ごろ) 目撃者 ()
 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 ()

呼吸数 回 / 分 脈拍数 回 / 分

血圧 / mmHg 体温 °C

SpO2 % 瞳孔 右 mm / 左 mm 対光

実施した処置・薬剤など

- 人工呼吸（実施時亥 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 ()
 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	
最終食事	月 日 時 分	認知症	あり・なし

その他