

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（氏名）		
◆基本情報					
住所					
フリガナ 氏名	様			性別	男・女
生年月日	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
-----------	-----------

緊急要請の状況			
※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	☐ 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	℃
SpO2	% (酸素)		
瞳孔	右 mm 対光反射： ☐ 有 ☐ 無	左 mm 対光反射： ☐ 有 ☐ 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）			

※この救急シートは、救急業務以外には使用しません。