|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **救急情報シート** | | 施 設 名：  電話番号： | | |
| 作成日 | 令和　　 年 　　月　 　日 | 作成者 | 本人・家族・施設 | 氏名: |

**１　本人情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 所 |  | |
| ふりがな  氏　　名 |  | 性別　 男 ・ 女 |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　 年 　　　月 　　　日 | 年齢　　 　　歳 |
| 電話番号 | 自宅 ・ 携帯 ：　　　 　　**－　　　　 　 　－** | |

**２　医療機関情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療中の  病気 |  | |
| 過去の　病気 |  | |
| 服用中の薬 | □ お薬手帳参照 | |
| かかりつけ医 | ①医療機関名  (電話番号) | 主治医：  (診療科目) |
| ②医療機関名  (電話番号) | 主治医：  (診療科目) |
| ③医療機関名  (電話番号) | 主治医：  (診療科目) |

**３　普段の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護区分 |  | 移動 | 自立・補助歩行・歩行困難 （車椅子使用・寝たきり） | | | |
| 意思疎通（会話） | 可・否(会話/可・不) | 食事 | 自立・一部介助・全介助（　 　　　） | | | |
| 脈拍（不整脈） | 回/分(有･無) | 血圧 | ／　 　 　mmHg | | 平熱 | ℃ |
| アレルギー | 不明・なし・あり(　　　　　　　　　) | | | その他必要事項 |  | |

**４　緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 続　柄 | | 住　　所 | 電話番号 |
| 第１連絡先 |  |  |  | |  |
| 第２連絡先 |  |  |  | |  |

**５　ＤＮＡＲ(蘇生、救命処置の拒否)について(家族、主治医等との取り決め)の記載**

|  |  |
| --- | --- |
| DNAR（蘇生・救命処置拒否）の意思表示：□有 □無 □不明  内容詳細： | 主治医：  (電話) |

※救急情報シートの記載内容（個人情報）は救急業務以外に使用しません。

**救急要請時に使用**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **救急要請に至った状況**  ※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。  　状態が悪く処置が必要な場合は、処置を優先してください。 | | | | |
| いつ・・・ | | | | |
| どこで・・・ | | | | |
| なにをしているとき・・・ | | | | |
| どうしたか・・・ | | | | |
| 直近のバイタルサイン | | 測定時間　　 　　 時　　　　分 | | |
| 意　識 | * 清明　　　呼び掛けに反応：□有・□無　　JCS（　　　　　　　） | | | |
| 呼吸数 | 回／分 | | 体　温 | ℃ |
| 脈拍数 | 回／分 | | SpO2 | % |
| 血　圧 | ／　　　 　mmHg | | その他 | 瞳孔など |
| 現在実施した処置・投薬など | | | | |
|  | | | | |
| その他救急隊に伝えたいこと | | | | |
| 例　・右側は難聴で聞こえません。 ・左手に透析のシャントがあります。 ・右目は義眼です。等 | | | | |
| **救急要請時の確認事項**  連 絡 | | | | |
| □家族等（氏名：　　　　　　　　　　　　関係性：　　　　 　　　　　　）  　　　 □主治医（　 　　　　　　　　）□かかりつけ病院（　　　 　　　 　　　）  　　　 □嘱託医（ 　　　　　　　　　）□施設職員への周知・協力依頼 | | | | |
| 持ち物　□保険証　□お薬手帳　□常用しているお薬　□その他手帳類  同乗者 | | | | |
| □医師　□看護職員　□介護職員　□その他  □無 → 病院に来られる方の氏名（　　　　　　　　　）到着時間（　　 分） | | | | |
| 記入者　役職・氏　名 | | | | |