

救急連絡シート			施設名	しばた●●福祉施設						
			住所	新発田市〇〇町1丁目2-3						
			T E L	0254-〇〇-△△△△						
作成日	令和	6年	10月	1日	作成者	本人・家族	施設職員（氏名	新発田	次郎	）

ふりがな	しばた いちろう			大正・昭和・平成・令和	
氏名	新発田 一郎 (男・女)			生年月日	10年 1月 1日
住所	救急搬送時、来院できる家族 いない・いる (長男、長男妻)				☒ 施設と同じ
	氏名	続柄	住所	電話番号	
緊急時連絡先①	新発田 太郎	長男	新発田市××町1-1	0254-△△-□□□□ 090-1234-□□□□	
緊急時連絡先②	新発田 花子	長男妻	同上	090-9876-□□□□	

◆医療情報

現在治療中の 病気やケガ	高血圧 糖尿病		
過去にかかった 主な病気	脳梗塞		
服用している薬 (お薬手帳の写し可)	お薬手帳参照		
アレルギー	無・有 (記入: たまごアレルギー)		
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)	緊急連絡先
	しばた〇〇医院	脳神経内科	0254-□□-△△△△
	県立●●病院	〇〇医師 (内分泌科)	025-●●●-□□□□

◆普段の生活

日常生活	介護認定等	☒ 要支援 ☐ 要介護 1・2・3・4・5		
	会話	意思の疎通	☒ 良好 ☐ 一部可能(聞き取りにくい・理解に時間がかかる) ☐ 不可	
		認知機能	☒ 認知症あり(程度: 自分の名前、誕生日は言える)	
	活動	行動	☒ 自立 ☐ 介助 (内容:)	
		移動	☐ 歩行 ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車椅子 ☐ その他	
	食事	介助	☒ 自立 ☐ 介助 (内容:)	
		摂食状態	☒ 経口 ☐ 経管 (☐ 経鼻 ☐ 経腸 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ その他)	
排泄	介助	☒ 自立 ☐ 介助 (内容:)		
	方法	☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ☐ ストーマ		
機能障害	麻痺	☐ 無 ☒ 有 (部位: 左半身不全麻痺)		
	拘縮	☒ 無 ☐ 有 (部位:)	欠損	☒ 無 ☐ 有 (部位:)
	視覚	☒ 無 ☐ 有 (詳細:)	聴覚	☒ 無 ☐ 有 (☐ みぎ ☐ ひだり)
特別な医療	☐ ドレーン ☐ 褥瘡 ☐ シャント ☐ ペースメーカー ☐ 体内金属物 ☐ その他(詳細:)			

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。
状態が悪く処置が必要な場合は、処置を優先してください。

発症(受傷)を目撃しましたか？		☒ はい (20時 15分頃)	
		☐ いいえ ⇒ 普段の状態を最後に確認した時間は？(時 分頃)	
主訴 (訴え)	右股関節部分の痛み		
いつから？	今日の20時30分頃から		
どのように？	廊下を歩いていて転んだ		
どうなった？	様子を見ていたが痛みで動けなくなった		
主な症状	☐ 顔面蒼白 ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 発熱 ☐ 冷や汗 ☐ けいれん ☐ 呼吸苦 ☐ 脱力 ☐ 頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 腹痛 ☐ 背部痛 ☐ 呂律不良 ☐ 失禁(大・小) ☐ 麻痺() ☐ その他の部位の痛み() ☐ その他()		
直近のバイタルサイン		測定時間 21時 00分	
意識	☒ 清明 声掛けに反応 : ☐ 有 ・ ☐ 無 JCS ()		
呼吸数	18 回/分	脈拍数	80 回/分
血圧	140 / 62 mmHg	体温	36.5 °C
SpO2	98% 酸素 L⇒ %	瞳孔	右 3mm(+ -) 左 3mm(+ -)
その他、特記事項(搬送先が決まっている場合は病院名・科・医師名を記載してください)			
■■病院 整形外科 ○○医師まで連絡済み 受け入れ可能			
心肺停止 時の希望	①DNAR(蘇生拒否)に関する意思表示はありますか？ ☒ 有(本人)・家族・かかりつけ医師)・無 ※有の場合、下段へ		
	②心肺停止時の意思・対応を把握しているかかりつけ医(書面での取り交わし 有・ ☒ 無) 病院(医院)名: しばた○○医院 医師名: しばた 医師		
	医師に連絡可能な電話番号: 0254-□□-△△△△		
	カルテ記載: あり・ ☒ なし・不明 24時間対応: 可能・ ☒ 不可能 ※心肺停止状態の傷病者に対して、救急隊が出動した場合、原則、蘇生処置(胸骨圧迫・人工呼吸)を行い医療機関へ搬送します。また、気管挿管や薬剤投与を含む高度な処置を行う場合もあります。		

※ 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、搬送医療機関へお渡しします。