

大東四條畷消防本部

この用紙は裏面(救急車要請時に記載)もあります。

事前 にできる限り記載のご協力をお願いいたします。

救急連絡シート

作成日 年 月 日 作成者 本人・家族・施設職員・その他()

◆本人情報

住所	都 道 大東・四條畷・大阪・東大阪() 市 府 県 寝屋川・門真・守口 村		
ふりがな 氏 名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年 齢	歳 (令和 年 月 日現在)

◆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	薬手帳、処方箋等があれば持参してください。		
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)

◆普段の生活(ADL)

生活状況	自立	・	部分介助	・	全介助						
会 話	可	・	不可	歩 行	寝たきり	・	車椅子	・	補助歩行	・	自力歩行

◆緊急時連絡先

氏 名	続 柄	住 所 ※市までで結構です	電話番号

◆DNAR(心肺蘇生法等の実施を希望しない)

書面のDNAR (あり・なし)

あり : 書面等は救急車到着までに出来るだけ準備してください。
救急隊の対応について、担当医等と連絡を取ります。

なし : 通常どおりの救急搬送業務に従事させていただきます。

その他連絡事項()

※この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

※緊急時連絡先、かかりつけ病院など、情報に変更が生じた際は更新をお願いいたします。

救急車要請後、時間がある場合に出来る限りで記録してください。

救急要請の状況(通報者:)

※他の職員に応援依頼、玄関等の解錠を実施してください。

※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、処置を優先してください。

主訴:

いつから... 時 分 頃から

どこで...(場所)

部屋、廊下、階段、風呂、食堂、トイレ、屋外、その他()

その他必要であれば記載してください

()

何をしているとき...

運動中、食事中、入浴中、就寝中、不明、その他()

その他必要であれば記載してください

()

どうなった...

現在、実施した処置・薬剤など		実施時間	その他
点滴		時 分	
薬剤		時 分	
酸素	ℓ (カニュラ・マスク・リザーバー)	時 分	
内服		時 分	

その他 ※連絡事項等あれば記載してください。