救急通報時シート

施設住所	大東市 ・ 四條畷市　　丁目　　番　　号
施設名	
電話番号	
救急車 要請内容	歳　男性 ・ 女性　意識の有無　有り　なし 内容: 既往歴:　かかりつけ病院:

他の職員に応援依頼、玄関等の解錠を実施してください。

※　下記の物を救急車到着までに準備してください。

チェック

- □　連絡シート
- □　サマリー
- □　お薬手帳
- □　処方薬
- □　家族連絡
- □　病院連絡（病院名:　　）受入:可・否
- □　書面のDNAR:　あり　・　なし

※出来る限り施設職員の救急車同乗をお願いいたします。