

<h1>救急連絡シート</h1>			施設名
			住所 TEL
作成日	H 年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員(氏名 )

住所			
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳 ( H 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 ・ 車いす ・ 補助歩行 ・ 自力歩行
会話	可・不可	食事	経口 ・ 介助経口 ・ その他 ( )

<緊急時連絡先>

氏名	続柄	住所	電話番号

裏面の記入もお願いします。



伊勢原市公式イメージキャラクター  
クルリン

# 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	<input type="checkbox"/> 清明 声掛けに反応	:	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	JCS( )	
呼吸数		回 / 分	脈拍数		回 / 分
血圧	/	mmHg	体温		°C
SpO2		%	瞳孔	右 mm / 左 mm	

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)