

救 急 情 報 シ ー ト【高齢者住宅・施設用】

表面

※シート表面は事前に入力(記入)し、両面で印刷したものをサマリー等へ保管してください
 ※裏面は救急要請時に記入し、救急隊へお渡しください
 ※誕生日または記載内容に変更が生じた場合は更新をお願いします

作成日・更新日

作成日:	年	月	日	更新日③	年	月	日
更新日①	年	月	日	更新日④	年	月	日
更新日②	年	月	日	更新日⑤	年	月	日

本人情報

※記載情報(個人情報)は救急業務目的以外で使用はいたしません。

ふりがな		性別	年齢	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和
氏名					
住所				電話番号	- -

医療情報

治療中の 病気など	☐ なし ☐ あり(下記に記載)		協力病院等	☐ なし ☐ あり ()
	病名		かかりつけ 病院名	
	過去に 言われ た病気		電話番号	- -
			主治医	
使用中 の薬	☐ なし ☐ あり (☐ おくすり手帳参照)			
アレルギー	☐ なし ☐ あり () ☐ 不明			
医療的な ケア	☐ 透析のシャント ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 中心静脈栄養 ☐ ストーマ ☐ 在宅酸素 ☐ 人工呼吸器 ☐ 喀痰吸引 ☐ その他 ()			
ADL	麻痺: ☐ なし ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢			
	移動: ☐ 自立 ☐ 杖歩行 ☐ 補助歩行 ☐ 車いす ☐ 寝たきり			
	要介護: ☐ 自立 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 要支援: ☐ 1 ☐ 2			
	意思疎通: ☐ 良好 ☐ 簡単な会話は可能 ☐ 不可 ☐ 認知症あり			
緊急時の方針 1つだけ☑をしてください	☐ とにかく救命、延命をしてほしい			
	☐ 苦痛を少なく自然な状態に委ねた対応をしてほしい			
	☐ 医師と相談して決めたい			

緊急連絡先

第1連絡先(キーパーソン)			住所
ふりがな		続柄	
氏名			電話番号 - -
第2連絡先			住所
ふりがな		続柄	
氏名			電話番号 - -

館林地域メディカルコントロール協議会
 一般社団法人館林市邑楽郡医師会
 在宅医療介護連携相談センターたておう

チェックリスト

裏面

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 済
☐ | 未
☐ | かかりつけ医や嘱託医に相談し、救急要請 |
| 済
☐ | 未
☐ | 受入れ先（ ） 病院へ連絡 |
| 済
☐ | 未
☐ | 家族（ ）へ連絡（ ）頃 病院到着予定

☐ 来院不可 |
| 済
☐ | 未
☐ | 医療保険証・介護保険証持参 |
| 済
☐ | 未
☐ | お薬手帳・処方されているお薬を持参 |
| 有
☐ | 無
☐ | 救急車の同乗者（ ） |

その他、救急隊へ伝えたいこと

（メモ欄）

【救急情報シートの問合せ先】

館林地域メディカルコントロール協議会事務局
（館林地区消防組合消防本部 救急管理係）
0 2 7 6 - 7 2 - 8 3 6 8

※この様式は、在宅医療介護連携相談センターたておう、または館林地区消防組合のホームページからダウンロードできます。

館林地域メディカルコントロール協議会
一般社団法人館林市邑楽郡医師会
在宅医療介護連携相談センターたておう