

救急情報シート

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

緊急連絡先 ※日中連絡が取れる電話番号も記載してください

第1連絡先(キーパーソン)			住所	
ふりがな 氏名	続柄	携帯番号	-	-
		勤務先		
		電話番号	-	-
第2連絡先			住所	
ふりがな 氏名	続柄	携帯番号	-	-
		勤務先		
		電話番号	-	-
利用中の居 宅介護支援 事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記に記載)		担当者	
			電話番号	-

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(要請時の状況・バイタルなど)

(メモ欄)

【救急情報シートのお問合せ先】

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。