

(表) 利用者ごと、「事前」に記載してください。

救急情報シート (原則、付き添い同乗)

施設名
連絡先

表面は、あらかじめ
記載してください

感染症

☒ 無し

☐ コロナ

☐ インフル

☐ B型肝炎

☐ 結核

☐ その他()

【基本情報】

20 年 月 日現在

ふりがな	しょうぼう はなこ			性別	男 ☐ 女 ☒
氏名	消防 花子			年齢	75 歳
生年月日	大・昭 年 月 日				
入所者	住所	秋田県能代市〇〇〇			
	電話番号	090-〇〇〇〇-△△△△			
現在治療中の病気	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 認知症 ☒ その他 (高血圧症)				
服用薬	降圧剤、ワーファリン				
これまでに経験した病気や怪我	腰椎骨折	アレルギー禁忌情報	有・無 ☒		
		原因となる薬剤・食品名	甲殻類(カニ、エビ)		
ADLの内容等	【歩行】 ①可能(独歩・杖・シルバーカー・歩行器) ②できない(車椅子等) 【食事】 ①自立 ②見守り ③一部介助または全介助 【介護区分】(要支援 1 2) (要介護 1 2 3 4 5)				
かかりつけ医療機関①	病院名	〇〇病院	主治医	〇〇先生(内科)	
かかりつけ医療機関②	病院名	〇〇クリニック	主治医	〇〇先生(循環器科)	
かかりつけ医療機関③	病院名		主治医		
DNAR(蘇生処置不実施)に関する本人希望 ⇒ ☐ 有 ☒ 無 ☐ 未確認					
家族同意の有無 ⇒ ☐ 有(続柄:) ☐ 無					
指示医師: 病院・医師名(▲▲医院) 連絡先(52-33××) 確認年月日20△△年△△月△△日					

保険証の住所を記入してください。

項目のない現在治療中の病気については、その他の欄に記載して下さい。

お薬手帳の提示でも構いません。

歩行や食事など介助の必要な程度に○印して下さい。

主治医と蘇生拒否に関する話し合いがもたれ、書類がある場合は項目に記載ください。
また、書類を準備して下さい。救急隊から確認の連絡をする場合があります。

【緊急連絡先】

1	済・未	名前(続柄)	消防 太郎 (長男)	電話番号	080-××××-××××
2	済・未	名前(続柄)	()	電話番号	
3	済・未	名前(続柄)	()	電話番号	
4	済・未	名前(続柄)	()	電話番号	

キーパーソン順に記載ください。
優先順位の高い方へ連絡し、病院での処置について説明し、了承していただく場合があります。

※ キーパーソンの優先順に記入してください。定期的に最新の情報へ更新ください。

救急「要請時」に記載して下さい

病院へ駆け付ける方の氏名
と到着予定時間を記載くだ
さい。

※表面は常時記入しておき、裏面は救急要請時に救急隊到着までに可能な限り記入してください。
119番通報時にメモとして記入して頂いても構いません。(状況に応じて、応急手当を優先させてください。)