

【救急車要請時、救急隊にシートを渡してください】

救 急 引 継 ぎ シ ー ト

施設名

【基本情報】 事前に記入をお願いします

※該当する項目に☑をしてください

作成日 令和 年 月

住所				☐ 施設と同じ
フリガナ		性 別	☐ 男 ☐ 女	
氏 名		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日() 歳	
緊急連絡先	氏 名	続柄	TEL	住所
	①			
	②			
	(※キーパーソン★印)		(※連絡済○印)	
かかりつけ病院		担当医:	TEL	
		担当医:	TEL	
病歴等	現在治療中の病気・けが ☐ 高血圧 ☐ 心臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 認知症 ☐ 脳梗塞 ☐ 肝臓疾患 その他		過去に治療した病気	
			ペースメーカー等医療機器の装着 ☐ 有 ☐ 無 ()	
			感染症 ()	
常用服薬	お薬手帳があればご持参ください		食物アレルギー ☐ 有 ☐ 無 ()	
			薬物アレルギー ☐ 有 ☐ 無 ()	
介護度	要支援 ()	要介護 ()	居宅介護支援事業所 ()	
日常生活	会話: ☐ 可能 ☐ 一部可能 ☐ 不可 歩行: ☐ 可能 ☐ 一部可能 ☐ 不可			
蘇生処置を行わない (DNARについて)	☐ 医師・家族と話し合いが来ている ☐ わからない 「蘇生処置」を ☐ 希望する ☐ 希望しない			
※「蘇生処置を希望しない」でも、救急要請により救急隊は処置を施し医療機関へ搬送します				

【救急要請時の情報】は、裏面に記入してください

【救急車要請時、救急隊にシートを渡してください】

【救急要請時の情報】 救急搬送を要請するに至った理由などを記入してください	
発症（受傷）を目撃しましたか	☐ はい ☐ いいえ (日 時 分頃)
呼吸が止まるところを目撃しましたか	☐ 目撃した ☐ 目撃していない
普段どおりの状態を最後に確認したのは いつですか	日 時 分頃
最後に食事をしたのは いつですか	日 時 分頃
発症または発見時の状況、主な訴えや症状	
☐胸痛 ☐腹痛 ☐頭痛 ☐嘔気・嘔吐 ☐呼吸苦 ☐失禁 ☐顔面蒼白 ☐発熱 ☐呼びかけに反応しない ☒転倒・転落 その他 ・ 血圧 / ・ 脈拍 /分 ・ 体温 度 (時 分頃)	
その他・救急隊に伝えたいこと	

※この「救急引継ぎシート」は救急業務以外に使用しません