

救急引継ぎシート

【障がい福祉用】

【救急車要請時、救急隊にこのシートを渡してください】

施設名

【基本情報】 事前に記入しておいて下さい

※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			M・ 年	家族到着時間の推測ができる（市町村迄で充分）	
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL ※	住所	
	① ★ 小郡 太郎		090-1234-5678	福岡県 筑紫野市	
	② 小郡 次郎		080-2345-6489		
	(★：キーパーソン) (※緊急搬送時に連絡済は○で囲む)				
かかりつけ 病院			担当医	TEL	
	専門病院・かかりつけ医院等		担当医	TEL	
現病歴 既往歴	現在治療中の病気・けが			過去に治療した病気	
	☐ 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			医療的ケア ☒ なし ☐ あり B型/C型肝炎・MRSA等	
	てんかん			感染症 B型肝炎ウイルス	
	障害名・疾患名以外の疾患			食物アレルギー ☐ なし ☒ あり 蕎麦・えび	
常用服薬	(お薬手帳があれば持参ください) アレルギー情報は重要です			薬物アレルギー ☐ なし ☒ あり 抗生剤・造影剤・アルコール消毒	
手帳の保有状況	☐ 身体 () 級・障害名：知的障害・自閉症 ☒ 療育 (重) 度 ☐ なし ☐ 申請中 ☐ 精神 () 級				
	利用中のサービス ☐ なし ☒ 障がい福祉サービス・障がい児支援（相談支援事業所：〇〇事業所） 介護保険サービス（居宅介護支援事業所： ） その他				
日常生活	会話： ☐ 可 ☐ 一部可 ☒ 不可 歩行： ☒ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可				
コミュニケーション	☐ 可 ☐ 一部可 ☒ 不可				
	具体的な方法やツール 発語はないが、「トイレ」「おやつがほしい」などは、ジェスチャーで表現可能。				

【救急要請時の情報】は裏面に記入してください

【障がい福祉用】

【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

・感覚に敏感さがあり、ばんそうこうやテープを貼ってもすぐにはがしてしまい、点滴も一人では抜管してしまうので注意が必要。・聴覚過敏により音に敏感で、大きな音などに反応してパニックを起こすことがあるので、常にイヤーマフ（防音ヘッドフォン）を使用している。

小郡三井地域包括ケアシステム研究会令和7年8月作成