【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				싸뫼		□ 黒	□ 女	
氏 名	救急搬送時に家族 に連絡済の場合				M・ 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	1	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					済は○ で囲	目む)	
かかりつけ			担当医		1	TEL		
病院	専門病院・かかりつけ医院等当医			Tel				
	現在治療中の病気・けが			過去に治療した病気				
現病歴既往歴	□ 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			医療的ケア ☑ なし □あり				
	その他			; B型/C型肝炎・MRSA等				
	てんかん 障害名・疾患名以外の疾患			感染症 B型肝炎ウイルス				
				● 食物アレルギー ☑ なし ☑ あり				
	(お薬手帳があれば持参ください)			蕎麦・えび				
常用服薬	アレルギ-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			
		□ 身体 ()級・障害名: <mark>知的障害 ・自閉症</mark>						
手帳の保有状況		☑ 療育(■	€)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:○○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 □ 万	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

救急引継ぎシート 【障がい福祉用】

【救急要請時、救急隊にこのシートを渡してください】

【救急要請時の情報】 救急搬送る	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 19 時 20 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						
最後の食事をしたのはいつですか	○ 日 18 時 00 分頃						
	 □ 胸痛 □ 腹痛 □ 頭痛 □ 哑気・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(事前に記入しておきましょう)							
・特性やコミュニケーションについて具体的な方法やツール、不安・緊張の強い方への対処方法など ・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。							
本人・家族の希望が確認できているかをお答えください							
	型」を □ 希望する □ 希望しない □ 未望しない □ 未製します						

この「救急引継ぎシート」は救急業務以外に使用しません