

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) (※救急搬送時に連絡済は○で囲む)				
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