

# 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          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |                                                                        | <input type="checkbox"/> 施設と同じ |  |
| フリガナ        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | 性 別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                  |                                |  |
| 氏 名         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | 生年月日  | M・T・S・H・R<br>年 月 日（ 歳）                                                 |                                |  |
| 緊急連絡先       | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                 | 続柄  | TEL ※ | 住所                                                                     |                                |  |
|             | ①★                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | ②                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | ( ★：キーパーソン ) (※緊急搬送時に連絡済は○で囲む)                                                                                                                                                                                                                                      |     |       |                                                                        |                                |  |
| かかりつけ<br>病院 |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 担当医 |       | TEL                                                                    |                                |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 担当医 |       | TEL                                                                    |                                |  |
| 現病歴<br>既往歴  | 現在治療中の病気・けが<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患<br>その他 |     |       | 過去に治療した病気                                                              |                                |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       | 医療的ケア <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり          |                                |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       | 内容                                                                     |                                |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       | 感染症                                                                    |                                |  |
| 常用服薬        | お薬手帳があれば持参ください                                                                                                                                                                                                                                                      |     |       | 食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>( ) |                                |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       | 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>( ) |                                |  |
| 手帳の保有状況     | <input type="checkbox"/> 身体 ( ) 級・障害名：                                                                                                                                                                                                                              |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | <input type="checkbox"/> 療育 ( ) 度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中                                                                                                                                                                          |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | <input type="checkbox"/> 精神 ( ) 級                                                                                                                                                                                                                                   |     |       |                                                                        |                                |  |
| 利用中のサービス    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス・障がい児支援（相談支援事業所： )                                                                                                                                                                                    |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | 介護保険サービス（居宅介護支援事業所）： <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                   |     |       |                                                                        |                                |  |
| 日常生活        | 会話： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 歩行： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                     |     |       |                                                                        |                                |  |
| コミュニケーション   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                 |     |       |                                                                        |                                |  |
|             | 具体的な方法やツール                                                                                                                                                                                                                                                          |     |       |                                                                        |                                |  |

【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                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>( 日 時 分頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 呼吸が止まるところを目撃しましたか                                                               | <input type="checkbox"/> 目撃した <input type="checkbox"/> 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 時 分頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 発症または発見時の状況、主な訴えや症状                                                             | <div><input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐<br/><input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 発熱<br/><input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 体の痛み<br/><input type="checkbox"/> 呼びかけに反応しない <input type="checkbox"/> 転倒・転落<br/>その他<br/><div></div></div> |
| ・ 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）<br>・ 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 本人・家族の希望が確認できているかをお答えください                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 蘇生処置について<br>(DNAR)                                                              | <input type="checkbox"/> 確認できていない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                 | <input type="checkbox"/> 確認できている<br>心肺停止時に「蘇生処置」を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ※「蘇生処置を希望しない」場合でも、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                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| この「救急引継ぎシート」は救急業務以外に使用しません                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |