

【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 【高齢者用】

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 .	家族到着時間の推測ができる（市町村迄で充分） () 歳
緊急連絡先	氏 名	続柄	TEL ※	住所	
	① ★ ○○ 太郎	長男	090-1234-5678	福岡県 北九州市	
	② △△ 花子	長女	080-5678-1234	福岡県 筑前町	
	(★: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 脊柱管狭窄症			過去に治療した病気 ・ 心筋梗塞（ステント術後） ・ 左大腿骨頸部骨折 ペースメーカー等医療機器の装着 ☐ 有 ☒ 無 () 感染症 ()	
	お薬手帳があればご持参ください 抗凝固薬・ペルジピン			食物アレルギー ☒ 有 ☐ 無 (小麦粉 ピーナッツ 蕎麦) 薬物アレルギー ☐ 有 ☐ 無 (抗生剤 ? 痛み止め? アルコール 消毒)	
常用服薬	話し合い実施の有無がわからない(話し合い未)			話し合い実施済みだが、結果わからない（両方にチェック）	
空白で良いです、救急隊が現場で聞きます	要介護 (3)			居宅介護支援事業所 ()	
日常	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・家族と話し合いが出来る 「蘇生処置」を ☐ 希望する ☐ 希望しない			☒ わからない	

※「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

【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 ・ 24 時の巡回中ベットの横に座り込み吐いていた。声を掛けると頭が痛いという 空白で大丈夫です、救急隊員が現場で状況を聞きます ☐ 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 発見時の状況（例） 午前 0 時巡回中、毛布が床に落ちていたので声を掛けたが返事がない、枕周囲に吐物があった 症状チェックだけで充分です。詳細は救急隊員が現場で聞きます	
・ 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