

救急連絡シート			施設名	
			住 所	
TEL				
作成日	年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員(氏名)	

住 所				
ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年 月 日	年 齢	歳
			(年 月 日 現在)	
連絡先 電話番号				

<医療情報>

現在治療中の病気			
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬			
かかりつけ 又は 協力医療機関等	医療機関名	主治医氏名(診療科目)	緊急時連絡先

<普段の生活>

介護区分		歩 行	寝たきり ・ 車いす ・ 補助歩行 ・ 自力歩行
会 話	可・不可	食 事	経 口 ・ 介助経口 ・ その他 ()

<緊急時連絡先>

氏 名	続 柄	住 所	電話番号

裏面の記入もお願いします。



救急要請の状況

※ 救急要請時に、時間がある場合は記載してください。

※ 状態が悪く処置を行わなければならない場合は、処置を優先してください。

いつ…

どこで…

何をしてるとき…

どうなった…

直近のバイタルサイン		測定時間		時	分
意識	☐ 清明 声掛けに反応	:	☐ 有 ・ ☐ 無	JCS(	)
呼吸数	回 / 分	脈拍数	回 / 分		
血圧	/ mmHg	体温	℃		
SpO2	%	瞳孔	右 mm / 左 mm		

実施した処置・薬剤など

その他、救急隊に伝えたいこと（DNARの話し合い等）