

年 月 日 作成

各務原市救急連絡シート(高齢者介護施設用)

救急搬送時には、このシートを救急隊やご家族に渡し、搬送先の病院へ情報提供をお願いします。

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏 名		生年月日	年 月 日		
本人住所	☐ 施設と同じ				
電話番号	☐ 施設と同じ				

現 病 歴	
既 往 歴	

かかりつけ医療機関名:		医師名:	
施設名:	電話番号:		
施設の住所:			
施設担当者名:		電話番号:	

緊急連絡先キーパーソン①	氏 名	TEL	
	続 柄	住 所	

経過	発症、受傷を目撃しましたか ☐ はい (日 時頃) ☐ いいえ			
	普段の状態を確認した時期 日 時頃			
	発症または発見時の状況、主訴など		意識	☐ あり ☐ なし
	☐ 顔面蒼白	☐ 吐気・嘔吐	呼吸	回
	☐ 頭痛	☐ 胸痛	脈拍	回
	☐ 発熱	☐ 冷や汗	血圧	/ mmHg
	☐ けいれん	☐ 失禁	SPO2	%
	☐ 呼吸苦	☐ いびき呼吸	体温	℃
	☐ 上手く話せない			
	☐ その他			
新型コロナウイルス罹患歴				
☐ 無				
☐ 有 年 月頃				

常用薬	☐ 別添参照（お薬手帳など）
	※搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付してください。
ア レ ル ギ ー : ☐ 無 ☐ 有 ()	
麻 痺 : ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢	

● ご本人の望みに近いものを選んでください