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 | IJ | ガ | ナ | | | | | | | | | 性 | Ė别 | 男 | • | | 女 | | 年制 | 龄 | | 歳 |
|------------------|--------------|-----|----|------------------------------|----------------|-----|---|-----|----------|----|----|--------------|--------------|---|----|----------|-----|--|----|--------------|-----|----|
| 氏 | | | 名 | | | | | | | | | | E年]日 | | | | 年 | | | 月 | | 日 |
| 本 | 人 | 住 | 所 | □施 | 設と[| 司じ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電 | 話 | 番 | 号 | □施 | 設と[| 司じ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 | ¥ | 苪 | 歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既 | í | È | 歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| か かりつけ 医療機関名: | | | | | | | | | | | | | | | 医師 | 名: | | | | | | |
| | | | | 電話 | 番号 | 号: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 | 設 | 名 | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施詢 | 施設の住所: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 設 担 当 者 名: | | | | | | | | | | | | 電 | 話 | 番 | 号 | : | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡 | | | | 氏 | 名 | | | | | | | ı | EL | | | | | | | | | |
| | (| D | | 続 | 柄 | | | | | 住 | 所 | | | | | | | | | | | |
| | 舜 | 症、 | 受傷 | 息を目動 | <u></u> としま | したか | ` | | П | はい | (| | 日 | | 時均 | <u> </u> |) | | | いいえ | | |
| | | | | | | _ | | ` | | | | | | , | | _ | | | | | | |
| | 普段の状態を確認した時期 | | | | | | | - | 日 | | 時均 | | + 11 | | | | #51 | | | | | |
| | 釆 | 涎 ā | | は発見時の状況、主訴など 顔面蒼白 □ 吐気・嘔吐 | | | | | | | | - | 意識 乎吸 | | |] | あり | | | | なし | |
| | | | | 頭痛 | 3 D | | | 胸痛 | P [BB P_ | L | | | f 效 依拍 | | | | | | | <u></u> 回 | | |
| | | | | 発熱 | | | | 冷や汗 | F | | | | 1圧 | | | | / | | | | mmŀ | łg |
| 経 | | | | けいれ | ıh | | | 失禁 | | | | SF | 202 | | | | | | | % | | |
| 過 | | | | 呼吸き | \$ | | | いびき | 呼 | 及 | | 12 | └温 | | | | | | | °C | | |
| | | | | 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 | |
| 1 | 1 | | | | | | | | | | | I | | | | | | | | | | |

| | □ 別添参照 | (お薬 | 終手帳など) | 1 | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------|-------------------------------|---------------|--------|------------|-------|------|------------|-----|-----|--|--|--|
| 常用 | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ▽ Man:∀n± 小莢 | エギ | 公 数 女儿桂虫 | D 4 8 4 - 4 . | フ書物ナエ | .41 - | 11×10 | | | | | | | |
| | ※搬送時、お薬 | | | - | | :19 し (| くたさい。 | | | | | | | |
| プし | , ルギー: | Ц | 無 | □有 | (| | | | | |) | | | |
| 麻 | 痺 : | | 左上肢 | | 右上肢 | | □ 左1 | 下肢 | | 右下肢 | • | | | |
| | 歩行 | | 自立 | | 部介助 | | 全介助 | □ 車い | \ す | | 歩行器 | | | |
| | 食事 | | 自立 | □ - | 部介助 | | 全介助 | | | | | | | |
| 日頃 | 口腔衛生 | | 自立 | □ − | 部介助 | | 全介助 | | | | | | | |
| りの | 義歯 | | 無 | □有 | (部 | 位 : | | | |) | | | | |
| A D | 会話 | | 可能 | □ - | 部可能 | | 不可 | | | | | | | |
| L | 認知症 | | 有 | □無 | | | | | | | | | | |
| | 行動障害 | | なし | 口大 | 声 🗆 | 徘徊 | | 昼夜逆転 | | | | | | |
| | | | 暴言暴力 | □介 | 護への抵抗 | Ī. | | 危険行動 | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | |
| ● ご本人の望みに近いものを選んでください | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | □ 何も· | せず自然 | くのままがよ | : () | | | | | | | | |
| 死に | 直面した時 | | □延命 | 治療を行 | テってほしい | , | | | | | | | | |
| ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | □ わか | らない | | | | | | | | | | |
| | | | □ 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい | | | | | | | | | | | |
| 呼吸が困難になった時 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <i>f</i> - | | | | | | | | |
| 望みを確認した方 | | | 記載日 | | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| | | | │ | が確認 | | | | | | | | | | |
| | | | □本人 | 以外のフ | ちが確認 | | (| 氏名: | | |) | | | |
| | | | | | | | | 続柄: | | | , | | | |