

【取扱注意】

※入所者の状況に応じて適宜内容の見直し（更新）をしてください
 平常時にシートを作成、緊急時に赤字項目を記入し救急隊へお渡しください

緊急時情報シート		施設名	
		住 所	
		T E L	
作成日		作成者 氏 名	関係性 (本人 家族 職員 その他)

◆入所者情報

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所			
生年月日	明・大 昭・平・令 年 月 日	救急要請時 年 齢	満 歳

◆医療情報

現在治療中の病気		認知症	☐ なし ☐ あり
過去に治療した病気		ワクチン 接種歴	☐ コロナ（ 回）最終接種日 年 月 日 ☐ インフル 最終接種日 年 月 日
服用中の薬	☐ おくすり手帳がある方は持参ください		
アレルギーの有無	☐ なし ☐ あり（ ）		
かかりつけ または 協力医療機関	医療機関名 ①	②	③
	診療科目		
	主治医氏名		

◆普段の生活・状態

普段の状態	A D L	寝たきり	車いす	補助歩行	自力歩行
	食 事	全介助	介助経口	経口	その他（ ）
	☐ 意思の疎通（ 可能 不可 ） ☐ 意識状態（日付を正確に認識 氏名・生年月日が言える）				
	☐ 呼吸状態（ 頻呼吸 正常 徐呼吸 呼吸不全 その他（ ） ）				
	☐ SpO2値（ ）％ ※普段から酸素投与をされている方・・・（ ）ℓで（ ）％ ☐ 血圧（ / ） ☐ その他の所見（ ）				

↑ 救急隊はその方の普段の状態も考慮しながら緊急度や搬送先の判断をします。わかる範囲で記入してください。

◆緊急時連絡先

氏名	続柄	連絡先（電話番号）	所在（住所や職場など）
①			
②			
③			

◆特記事項（救急隊や病院に伝えたいこと）

--

【情報の取扱いについて】

本シートの情報は、救急隊が傷病者を迅速かつ適切に搬送するために使用するものです。救急活動が終了しましたら、救急車の同乗者（スタッフ・家族等）へ返却または搬送先医療機関へ譲渡いたします。