

【緊急時情報シート】

救急搬送は119番で「救急です！」

【ご本人の基本情報】	
ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
年齢	歳
住所(〒)	
(マンション名)	
電話番号	

【119番に伝えること】
出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
反応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
確認の仕方
①声掛け
②肩をたたく
③麻痺でない足や腕をつねる

訪問時の様子 :

【通院先】	
1年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院)
2年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院)
3年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院)
4年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院)

【救急搬送時の持ち物】
<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> お薬手帳と残薬
<input type="checkbox"/> 靴・衣類・杖など
<input type="checkbox"/> この用紙

【緊急連絡先】	
①	(続柄:)
連絡先	
②	(続柄:)
連絡先	
③ 担当介護支援専門員:	
連絡先	
④ 担当ケースワーカー:	
連絡先	

同乗は?
<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
同乗しない場合: 今後の連絡先 緊急連絡先への連絡状況について
(記入欄)

ふりがな	
名前	
生年月日	年 月 日

記入日	年 月 日
記入者	
延命治療希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない

アレルギー(食物) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーなし <input type="checkbox"/> わからない

障害 <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> わからない	
身体(視覚・聴覚・音声言語)	知的(軽度・中等度・重度)
発達	その他()
精神	
介護認定:要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
寝たきり度 : 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症(日常生活)自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

アレルギー(医薬品) <input type="checkbox"/> 医薬品アレルギーなし
造影剤
薬()

特記事項	
ペースメーカー・ICD挿入	在宅酸素療法
透析(シャント 右・左)	CPAP
手術歴()	

今使用している薬	<input type="checkbox"/> 使用中の薬なし	<input type="checkbox"/> わからない
抗血小板剤	利胆剤	血管収縮剤
抗凝固剤	催眠鎮静剤	血管拡張剤
血糖降下剤	抗不安剤	高脂血症用剤
インスリン	抗てんかん剤	気管支拡張剤
強心剤	解熱鎮痛消炎剤	吐しゃ剤、整腸剤
不整脈用剤	抗パーキンソン剤	消化性潰瘍用剤
利尿剤	精神神経用剤	制酸剤
血圧降下剤	泌尿器官用剤	下痢
		カルシウム剤
		抗ヒスタミン剤
		ステロイド剤
		甲状腺、副甲状腺ホルモン剤
		その他のホルモン剤
		抗悪性腫瘍剤
		免疫抑制剤
		その他()

内服薬記入欄

既往歴(治療中の病気を含む) 既往歴なし わからない *記入方法: 既往歴・現病歴

脳・神経・感覚器・精神の病気			
脳出血	緑内障	動脈瘤	統合失調症
脳梗塞	白内障	てんかん	慢性アルコール中毒
くも膜下出血	うつ病	パーキンソン病	その他()
心臓・血管・血圧の病気			
高血圧	動脈の疾患	狭心症	深部静脈血栓症
不整脈(心房細動)	動脈瘤	心筋梗塞	その他()
肺・気管支の病気			
気管支喘息	肺塞栓	肺気腫	その他()
慢性気管支炎	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	肺結核	
消化器の病気			
胃・十二指腸潰瘍	肝硬変	肝機能障害	膵炎
炎症性腸疾患	胆石	肝炎(B型, C型)	その他()
腎・泌尿器の病気			
慢性腎臓病	尿路結石	腎不全	ネフローゼ
腎炎	前立腺肥大	その他()	
代謝異常・免疫異常の病気			
糖尿病	高尿酸血症(痛風)	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症
脂質異常	リウマチ	その他()	
その他			
がん()			

既往歴記入欄:	現病歴記入欄:
---------	---------