

## 2. 救急患者基本情報シート

●利用シーン：救急搬送時

●利用目的：普段の状態や緊急連絡先などを事前に把握し、搬送時の正確迅速な情報共有と、情報不足による付き添い負担の軽減を図る。

対象者	在宅療養中、施設入所の高齢患者
-----	-----------------

救急搬送時に救急隊や搬送先医療機関へシートを提供してください。

シートは本人、家族、または施設職員が記載してください。

### 救急患者基本情報シート

平成 30年 9月 15日

普段の身体状態や緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。(連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください)

フリガナ	ヤマダ 花	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	86歳
氏名	山田 花	生年月日	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S 8年 10月 20日		
自宅住所	一宮市〇〇〇〇〇〇〇〇				

\*現在入所中の場合のみ記載

施設住所	
入所施設名	TEL ( ) -

緊急連絡先 (キーパーソン) ①	氏名	山田 一郎	TEL	自宅・ <input checked="" type="radio"/> 携帯・職場・その他 ( 090 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	続柄	長男	住所	同上

緊急連絡先 (キーパーソン) ②	氏名	海野 幸子	TEL	自宅・ <input checked="" type="radio"/> 携帯・職場・その他 ( 090 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	続柄	長女	住所	三重県四日市〇〇〇〇〇〇

リッパ 機関	施設名	〇〇〇〇クリニック	TEL	( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇
	医師名	〇〇 〇〇 先生	FAX	( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇
担当 メンバー	施設名	〇〇〇〇居宅介護支援事業所	TEL	( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇
	氏名	一宮 恵子	FAX	( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇

連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください。

病歴等	現在治療中の病気・ケガ	既往歴
	骨粗鬆症 (H26.5) 高血圧症 (H21)	脳梗塞後遺症 (H30.9, H26.5)
常用薬	<input checked="" type="checkbox"/> 別添参照 (お薬手帳など) <small>*搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい</small>	
アレルギー	なし	歩行 可・ <input checked="" type="radio"/> 一部可・不可
麻痺	左上肢 <input checked="" type="radio"/> 右上肢・左下肢 <input checked="" type="radio"/> 右下肢	意思伝達 可・ <input checked="" type="radio"/> 一部可・不可

●ご本人の望みに近いものを選んでください (この内容で最終判断することはありません)

死に直面した時	<input checked="" type="checkbox"/> 何もせず自然のままがよい	<input type="checkbox"/> 延命治療を行ってほしい	<input type="checkbox"/> わからない
食事が困難になった時	<input checked="" type="checkbox"/> 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい	<input type="checkbox"/> 点滴や胃ろうなどの器具を使って、水分や栄養を補給してほしい	<input type="checkbox"/> わからない
呼吸が困難になった時	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい	<input type="checkbox"/> わからない
望みを確認した方	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が確認	<input type="checkbox"/> 本人以外の方が確認 (氏名: 続柄: )	
確認日	平成 30年 9月 15日	一宮市在宅医療・介護連携推進協議会	