

那覇市社協 緊急連携シート		施設入所者 のみ記入	施設名	
			住所	
			TEL	
作成日	令和 年 月 日	作成者	本人・家族・関係者（氏名： ）	

◆基本情報 ※ 記入いただいた以下の情報については、緊急時に医療関係者等へ情報提供いたします ※

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
氏名			年齢（ 歳）		
連絡先		性別	男・女	血液型	
住所					

◆医療情報 ※ 「薬剤情報提供書」または「お薬手帳(コピー)」を一緒に保管してください ※

かかりつけ・協力医療機関 ※かかりつけ医等とは、かかりつけ医、主治医、施設の嘱託医等のことである。				
医療機関名	かかりつけ医等氏名(診療科目)		連絡先	
利用中の 訪問看護ステーション	担当者 ()		連絡先(TEL)	
利用中の 居宅介護支援事業所	担当者 ()		連絡先(TEL)	
現在(治療中の病気)				
過去(医師診断の病気)				
その他特記事項	アレルギー () 禁忌薬 ()			

◆普段の生活 ※ 該当する項目のみ記入して下さい。 ※

障害手帳(等級：)	肢体(上・下・全体)・視覚・聴覚・内部・知的・精神・言語			
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
会話	☐ 可 ☐ 不可	移動	車いす・杖・その他()	
			自立・一部介助・全介助・その他()	
トイレ	自立・一部介助・全介助		入浴	自立・一部介助・全介助
食事	自立・一部介助・全介助・その他()			
	常食・軟食・一口大食・きざみ食・ペースト食・糖尿食・腎食・減塩食・アレルギー食			

◆緊急時の連絡先 ※ 状況を伝えたい方 ※

氏名	続柄	住所	電話番号

◆本人及び家族の意思確認

人生会議(ACP)について ※添付のパンフレットをご覧ください。

もしもの時のために、ご自身・ご家族が望む医療やケアについての相談を本人・家族と行っている。

☐ 行っていない ☐ 行っている ----->

心停止時に、心肺蘇生を希望する。

☐ する ☐ しない (DNAR)

内容

※上記項目で心肺蘇生を希望しないにチェックを入れていても、救急車を要請した場合は、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ搬送することとなります。

署名欄	本人	家族(代理人)
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日

更新年											
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。

状態が悪く、処置を行わなければならない場合、処置を優先してください。

救急要請時の状況

間近のバイタルサイン		測定時間： 時 分	
発生時間 (:)	意識レベル (JCS)	☐ 清明 / 声掛けに反応 ☐ 有 ☐ 無 JCS ()	
	呼吸	回	◎経過 (いつ頃から、どこで、どんな状態で、どんな訴え?)
	脈拍	回	
	血圧	/	
	SpO2	%	
	酸素	%	
	体温	℃	
現在、実施した処置・薬剤など			

◇この緊急連携シートは、救急業務(災害時含む)以外には使用しません。

◇医療機関・救急隊員の皆様へ

救急搬送終了後に、同乗の家族または関係者等へ返却をお願いします。

◇この事業は、赤い羽根共同募金を活用しています。

令和3年度版