

のおがた救急連絡票(福祉施設等)

【事前記載事項】のおがた安心カードに記載があれば、添付することで省略できます。

フリガナ 氏 名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所						□:施設に同じ
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	電 話	
かかりつけ病院名						
持病等	現在治療中の病気・ケガ			過去にかかった病気 (例:高血圧、脳梗塞、心不全等)		
緊急連絡先 (家族等)	①氏 名		続柄		電 話	
	②氏 名		続柄		電 話	

以上については、年 月 日現在の情報です。

【119番通報時の内容】

いつ	どこで	どうして・何をしていた	どうなったか
(例) 通報前・約30分前など	(例) 部屋・風呂・トイレなど	(例) 安静中・入浴中・食事中など	(例) 急に倒れた・のどに詰まらせた・意識呼吸がなくなった
発症(受傷)を目撃しましたか？		はい (日 時 分頃) ・ いいえ	
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？		日 時 分頃	
最後の食事はいつ頃ですか？		日 時 分頃	
日頃の様子と、急変時では本人の状況は異なります。直近1週間の様子をお知らせください。 薬手帳があれば、有に○をしてください。救急隊へ薬手帳を渡していただけたら、薬の内容は記入不要です。			
日常生活	会 話	可能 ・ 一部可能 ・ 不可	歩 行
	認知症	有 ・ 無	ADL
アレルギ	有 ・ 無		薬手帳
	()		()

【お願い】

1. 呼吸や意識が無い場合は、応急手当(心肺蘇生)を行ってください。
2. 速やかな救急活動ができるよう、玄関の開錠・患者様の居場所への誘導をお願いします。
3. 救急搬送の際の付き添い(事情が分かる方)をお願いします。
4. 搬送先病院は救急隊の判断で決めさせていただく場合があります。

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

「のおがた安心カード」を日頃から準備しておくことで、

救急時は赤枠のみの記載となります。

本人には「のおがた安心カード」の携帯を、

事業所ではそのコピーを保管し、1年ごとに見直しましょう