

救急情報シート		施設名：	
		電話番号：	
作成日	平成 年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員（氏名）

1 入所者の基本情報

現住所			
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳
電話番号	自宅電話： — — 携帯電話： — —		

2 医療情報

現在治療中の 病 気			
過去の病気歴		医療機関名	
現在服用中の薬	お薬手帳の有無： 有 ・ 無 （お薬手帳がある場合は、持参してください。）		
現 在 の か かり つけ 医	医療機関名		診療科目
	①		
	②		
	③		

3 普段の生活状況

介護区分		歩 行	寝たきり・車いす・補助歩行・自力歩行
会話・意思疎通	可 ・ 否	食 事	経口・介助経口・その他（ ）

4 緊急時連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
第1連絡先				
第2連絡先				

5 普段の脈拍・血圧測定値など

脈 拍	血圧測定値	その他必要事項
回/分（不整脈 有・無）	/ mmHg	

6 特定行為（救命処置）拒否について（家族、主治医等との取り決めについて記載してください。）

--

※この救急情報シートは、救急業務以外に使用しません。
※施設関係者の立会いのもとに、救急隊が記載内容をご覧します。