

救急要請時チェックシート

(施設職員→消防隊員→病院)

施設名

患者氏名

生年月日 / / 年齢 歳 性別 男 ・ 女

救急要請に至った状況

発生日時	20 年 月 日 時 分頃		
発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> その他 ()		
概要	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	上記に至るまでの経緯を可能な範囲で記入してください		
バイタル	時 分 現在	呼吸： () 回/分	血圧： (/)
	脈拍： () 回/分	体温： () ℃	SpO2： () %
応急手当 実施状況	酸素吸入中： () ℓ	AED作動： () 回	
直近の 状態	最終食事	本日・昨日	() 時頃 内容・量 ()
	最終飲水	本日・昨日	() 時頃 内容・量 ()
	最終内服	本日・昨日	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 内容： <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部
	最終排便	月 日	性状： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬 量： <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 多量
	尿カテーテル 直近の交換日	月 日	
	褥瘡 直近の処置	月 日	部位： () 内容： <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> テープ
	最終健常確認	時頃	方法： <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 開眼 <input type="checkbox"/> 他 ()

同乗者職種：	連絡した家族等の続柄：	
担当者：	職種：	連絡先TEL：

【参考】持参していくもの

- ☐ 施設入所者情報シート（様式-1）
☐ 健康保険証
☐ 障害者手帳
☐ めがね ☐ 入れ歯
☐ 体温血圧等日々の記録シートがあればコピー
- ☐ おくすり手帳、薬説明文書
☐ 介護保険証
☐ 福祉医療費受給資格者証
☐ 補聴器