

※救急要請時に記入／分かる範囲でご記入ください

【様式-2】

## 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：( ) °C	SpO2：( ) %
応急手当 実施状況	酸素吸入中：( ) ℥	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

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