

救急連携シート【高齢者福祉施設・高齢者住宅向け】

※記載内容は、定期的(年に1回程度)に確認し、必要があれば更新してください。

※連携シートは救急業務に係る目的以外に使用いたしません。原則、活動後は、病院に提出します。

施設名		作成日		年 月 日	
		電話番号		- -	
ご本人について					
マイナ保険証		☐ あり ☐ なし		資格確認書	
ふりがな		性別		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
氏名		生年月日			
男 女		年 月 日 (歳)			
住所		電話番号		- -	
☐ なし ☐ あり(以下に記載願います)					
現病歴 既往歴		病名		医療機関名	
服薬		☐ なし ☐ あり		☐ お薬手帳	
アレルギー		☐ なし ☐ あり		☐ 不明	
ADL		☐ 自立		☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 寝たきり	
『人生会議(ACP)と心肺蘇生等を望まない意思について』					
人生会議(ACP)の有無		☐ なし ☐ あり		意思表示の書類の作成	
医療機関名		電話番号		- -	
主治医		主病態			
緊急連絡先について					
第1連絡先(キーパーソン)			第2連絡先(キーパーソン)		
ふりがな		続柄	ふりがな		続柄
氏名			氏名		
住所			住所		
電話番号		- -	電話番号		- -
その他、伝えたいこと					