

|                  |          |               |                 |  |
|------------------|----------|---------------|-----------------|--|
| 那覇市社協<br>緊急連携シート |          | 施設入所者<br>のみ記入 | 施設名             |  |
|                  |          |               | 住所              |  |
|                  |          |               | TEL             |  |
| 作成日              | 令和 年 月 日 | 作成者           | 本人・家族・関係者(氏名: ) |  |

◆基本情報 ※ 記入いただいた以下の情報については、緊急時に医療関係者等へ情報提供いたします ※

|      |  |      |               |     |  |
|------|--|------|---------------|-----|--|
| ふりがな |  | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 |     |  |
| 氏名   |  |      | 年齢 ( 歳)       |     |  |
| 連絡先  |  | 性別   | 男・女           | 血液型 |  |
| 住所   |  |      |               |     |  |

◆医療情報 ※ 「薬剤情報提供書」または「お薬手帳(コピー)」を一緒に保管してください ※

| かかりつけ・協力医療機関<br>※かかりつけ医等とは、かかりつけ医、主治医、施設の嘱託医等のことである。 |                   |            |          |
|--|-------------------|------------|----------|
| 医療機関名  | かかりつけ医等氏名(診療科目)   | 連絡先        |          |
|  |                   |            |          |
|  |                   |            |          |
|  |                   |            |          |
| 利用中の<br>訪問看護ステーション                                   |                   | 担当者<br>( ) | 連絡先(TEL) |
| 利用中の<br>居宅介護支援事業所                                    |                   | 担当者<br>( ) | 連絡先(TEL) |
| 現在(治療中の病気)   |                   |            |          |
| 過去(医師診断の病気)  |                   |            |          |
| その他特記事項  | アレルギー ( ) 禁忌薬 ( ) |            |          |

◆普段の生活 ※ 該当する項目のみ記入して下さい。 ※

|            |   |    |                                    |
|------------|---|----|------------------------------------|
| 障害手帳(等級: ) | 肢体(上・下・全体)・視覚・聴覚・内部・知的・精神・言語                                  |    |                                    |
| 介護度        | 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5                            |    |                                    |
| 会話         | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可        | 移動 | 車いす・杖・その他( )<br>自立・一部介助・全介助・その他( ) |
| トイレ        | 自立・一部介助・全介助   | 入浴 | 自立・一部介助・全介助                        |
| 食事         | 自立・一部介助・全介助・その他( )<br>常食・軟食・一口大食・きざみ食・ペースト食・糖尿食・腎食・減塩食・アレルギー食 |    |                                    |

◆緊急時の連絡先 ※ 状況を伝えたい方 ※

| 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|----|----|----|------|
|    |    |    |      |
|    |    |    |      |

**◆本人及び家族の意思確認**

人生会議(ACP)について ※添付のパンフレットをご覧ください。

もしもの時のために、ご自身・ご家族が望む医療やケアについての相談を本人・家族と行っている。

行っていない  行っている ----->

心停止時に、心肺蘇生を希望する。

する  しない (DNAR)

内容

※上記項目で心肺蘇生を希望しないにチェックを入れていても、救急車を要請した場合は、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ搬送することとなります。

|     |          |          |
|-----|----------|----------|
| 署名欄 | 本人       | 家族(代理人)  |
|     |          |          |
| 日付  | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |

|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 更新年 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 月日  | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。

状態が悪く、処置を行わなければならない場合、処置を優先してください。

| 救急要請時の状況       |             |  |
|----------------|-------------|--|
| 間近のバイタルサイン     | 測定時間： 時 分   |  |
| 発生時間<br>( : )  | 意識レベル (JCS) | <input type="checkbox"/> 清明 / 声掛けに反応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 JCS ( ) |
|                | 呼吸          | 回 ◎経過 (いつ頃から、どこで、どんな状態で、どんな訴え?)  |
|                | 脈拍          | 回  |
|                | 血圧          | /  |
|                | SpO2        | %  |
|                | 酸素          | %  |
|                | 体温          | ℃  |
| 現在、実施した処置・薬剤など |             |  |

◇この緊急連携シートは、救急業務(災害時含む)以外には使用しません。

◇医療機関・救急隊員の皆様へ

救急搬送終了後に、同乗の家族または関係者等へ返却をお願いします。

◇この事業は、赤い羽根共同募金を活用しています。