

救急医療情報シート

介護施設 用

氏名

記入日 令和 年 月 日

施設名称

担当者

所在地

電話番号

救急要請内容（要請に至った理由）

行った処置

バイタルサイン

測定時間	血圧	呼吸	脈拍	体温	SPO2	意識状態
時 分						普段と変わらない ・低下している ・全く反応なし
時 分						普段と変わらない ・低下している ・全く反応なし

連絡医療機関

①医療機関名		担当者	(医師・看護師・事務員)			
連絡時間	時 分	不可理由				
②医療機関名		担当者	(医師・看護師・事務員)			
連絡時間	時 分	不可理由				
③医療機関名		担当者	(医師・看護師・事務員)			
連絡時間	時 分	不可理由				

家族連絡

①	名前(続柄)		電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時 分	病院への出向き 可・不可
②	名前(続柄)		電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時 分	病院への出向き 可・不可
③	名前(続柄)		電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時 分	病院への出向き 可・不可