

緊急時の情報連絡票【自宅/介護施設⇒救急隊⇒病院】

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。（連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください）

【事前記載事項】

記入日 令和 8 年 10 月 1 日

ふりがな	いなべ	とういんこ	生 年 月 日	年 齢
氏 名	いなべ 東員子		M・T・S・H 13年 1 月 1日	88
住 所	☐ 自宅 ☒ 施設	※保険証の住所 いなべ市北勢町阿下喜〇〇番地 サービス付き高齢者住宅〇〇		
緊急連絡先①	氏 名[続柄]	いなべ 太郎	[長男]	(0594)72 - 〇〇〇〇 (090)〇〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先②	氏 名[続柄]	いなべ 次郎	[次男]	(0594)72 - 〇〇〇〇 (090)〇〇〇〇-〇〇〇〇
かかりつけ 医療機関	いなべ東員クリニック (0594) 〇〇- 〇〇〇〇		主治医	いなべ長太郎
病歴・既往症	☐ 心疾患	主病名(脳梗塞)		
	☒ 脳疾患	【詳細】 平成18年に脳梗塞を発症し左半身に軽度不全麻痺あり血圧、血糖値は服薬にて コントロール良好。一人暮らしをしていたが、アルツハイマー型認知症が進行し 平成30年4月より入所。歩行時はシルバーカー利用、認知症自立度Ⅲa 令和元年12月に肺炎にてA総合病院に2週間入院した		
	☐ 呼吸器疾患			
	☒ 糖尿病			
	☐ 肝疾患			
	☐ 悪性腫瘍			
	☒ 認知症	アレルギー ■無 □有(内容)		
DNAR(蘇生処置拒否)		□心肺蘇生を希望します □心肺蘇生を希望しません		
特記事項				

ここまでは同意を得た上で事前に記載をしておきます

居宅介護支援事業所 いなべるん

記載者: 田中 花子 (0594)72-〇〇〇〇

【119番通報時の記載事項】

※応急手当を優先し、書ける範囲で記載してください

発症(受傷)を目撃しましたか	いいえ ・ はい (月 日 時 分頃)			
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など				
※いつもと異なる症状について記載してください				
①呼びかけに	☐ :反応あり	☐ :反応なし	☐ :顔面蒼白	☐ :嘔気・嘔吐
②意識の経過	☐ :変化なし	☐ :改善している	☐ :頭痛	☐ :胸痛
	☐ :波がある	☐ :悪化している	☐ :発熱	☐ :冷や汗
③その他			☐ :けいれん	☐ :失禁
			☐ :呼吸苦	☐ :イビキ呼吸
			☐ :黄疸	☐ :うまく話せない
			☐ :麻痺()	
			☐ :その他()	
呼 吸	回/分	脈 拍	回/分	血 圧
				/ mmHg
主治医への連絡		未 ・ 済 (指示内容など:)		
緊急連絡先への連絡		未 ・ 済 (指示内容など:)		
※連絡先	施設名	〇〇〇〇施設	TEL	〇〇〇〇
	担当者	〇〇〇〇		

いなべ在宅医療・介護連携研究会運営委員会・桑名市消防本部・いなべ市・東員町



119番通報



119番消防です。火事ですか？救急ですか？

救急です。

救急車の向かう住所を教えてください。

〇〇市〇〇町〇〇番地です。施設の名前は〇〇です。

どなたが、どうされましたか？

〇歳の（男/女）性です。
〇時頃より様子が〇〇〇で、今の状態は〇〇です。
既往症は〇〇です。
かかりつけ病院は〇〇です。
かかりつけ病院には連絡（未/済）です。

あなたのお名前と電話番号を教えてください。

私の名前は〇〇です。電話番号は〇〇です。

着いたら傷病者のところまで案内してください。

「意識なし」「呼吸あり」の場合



呼吸の状態をしっかりと見ておいてください。
呼吸をしなくなったら、心肺蘇生法を実施してください。