※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）

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	□居室　□廊下　□階段　□トイレ　□風呂場　□食堂　□その他（　　　）		
概要	□転倒　□転落　□窒息　□意識障害　□発熱　□SpO2低下　□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：（　　）℃	SpO2：（　　）％
応急手当 実施状況	酸素吸入中：（　　）ℓ	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	□朝　□昼　□夕　□就寝前	内容：□すべて　□一部
	最終排便	月　日	性状：□水様 □軟 □普通 □硬	量：□少量　□中等量　□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：□薬（　　）□テープ	
	最終健常確認	時頃	方法：□会話　□体動　□開眼　□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

- □ 施設入所者情報シート（様式-1）
- □ 健康保険証
- □ 障害者手帳
- □ めがね　□ 入れ歯
- □ 体温血圧等日々の記録シートがあればコピー
- □ 心肺停止の際の蘇生処置確認書（確認書面なしの場合は不要）
- □ おくすり手帳、薬説明文書
- □ 介護保険証
- □ 福祉医療費受給資格者証
- □ 補聴器

（2023.9月版）