

記入者： 記入日 年 月 日（ ） ★搬送日 年 月 日（ ）

緊急連携シート（施設用）

ふりがな		生年月日	★ (歳)	性 別	血液型
氏 名		年	月	日	型

施 設 名			
住 所			
電話（代表）		電話（施設緊急）	

下記【緊急時の連絡先】への連絡	☐ 連絡中 ☐ 病院へ向かうそうです。 ☐ 病院へ連絡するそうです。
救急搬送までの経緯の記録	☐ 介護・看護記録 別紙あり ☐ 別紙なし

【 緊急時の連絡先 】

氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号

関係機関／連絡先

機関名		かかりつけ医／担当者名	連絡先
医療機関			
訪問看護 有・無			
ケアマネ ジャー			※サービス利用状況の確認先

現病歴（現在治療中の病気）	過去（医師診断の病気） * 既往歴

内服状況 *禁忌薬がある場合には記載

☐「薬剤情報提供書」または「お薬手帳（コピー）」別紙あり

アレルギー

☐無 ☐有 → ()

その他申し送り事項

--

人生会議（ACP）について（本人及び家族の意思確認）

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・家族と行っていますか？

- ☐ 行っている
- ☐ 行っていない

DNA R事前確認書

☐ 別紙あり

☐ なし

DNA R事前確認書なしと回答した方のみ記入

心停止時に、心肺蘇生を希望しますか？

- ☐ 希望する
- ☐ 希望しない（DNA R：心肺蘇生法を行わないこと）

署名欄

続柄

連絡先

※

更新年月日

複数可）

※搬送時には最新の更新年月日を記載下さい。

※上記項目で心肺蘇生を希望しない（DNA R）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。

安定時のバイタルサイン／ADL等

* 体温36-37℃等、安定時の幅を記載下さい。

身長	cm (月 日)		体重	kg (月 日)	
体温	℃	脈拍	回／分	血圧	／ mmHg
呼吸	回／分	SpO2	%	酸素	☐ 無 ☐ 有→ ℓ
介護度	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）				
内服管理	自己管理 ・ 職員管理		認知機能	Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他（ 手段： 車いす ・ 杖 ・ 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（				
	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				
会話	☐ 可 ☐ 不可		具体的に）		
意思疎通	☐ 可 ☐ 不可		難聴	☐ 有 ☐ 無	義歯装着 ☐ 有（全・部分） ☐ 無
障害手帳	（等級： ） 肢体（上 ・ 下 ・ 全体）・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神 ・ 言語				

○医療機関は本シートのコピーを保管し、原本は退院時に施設へご返却をお願い致します。