救急連絡シート（医療的ケア児者用）

※おくすり手帳を忘れずに
（おくすり手帳に代わるものでもＯＫ）

○事前に記入しておきましょう

基本情報

（ふりがな） 氏　　名	
生年月日	年　　月　　日
年 齢	歳

緊急連絡先

（ふりがな） 氏　　名	
続 柄	
電話番号	

主な診断名・医療的ケア

主な診断名：
実施している医療的ケア：

普段の状態

普段の 意識状態	
普段のSpO_2	% 前後
普段の脈拍	回／分 前後
普段の体温	℃ 前後
アレルギー	
普段から みられる症状	

てんかん

発作の型	
頻度・継続時間	
救急要請の目安	

かかりつけ・搬送先医療機関

かかりつけ 医療機関名	
主治医名	
緊急時の搬送希 望病院	

※ 救急要請時に時間がある場合に記載してください。
※ 状態が悪く、処置を行わなければならない場合は、**<u>処置を優先</u>**してください。

○発生時の状況・経過

：

状 態

SpO_2	%
脈 拍	回／分
体 温	℃
顔 色	良い　・　蒼白　・　チアノーゼ

発 作

発作開始	：	発作終了	：

吸 引

吸引回数	回
色	
量	
粘 度	
吸引後	改善　・　変わらない　・　悪化

※ 記載していただいた内容は、救急業務以外には使用しません。

作成：十和田市（令和8年11月）