

緊急時連絡カード



西暦 年 月 日 現在

氏名（ふりがな）	生年月日	年齢

住所

主病名

アレルギー

緊急時搬送先病院／主治医	電話	診療科／ID

緊急時家族連絡先

優先順位	名前	続柄	電話
①			
②			
③			
④			
⑤			

★ 緊急時の対応について お約束： 基本は状態安定している状況でのご利用をお願いします。
了承します

利用者の生命にかかわる重篤な状態悪化が生じた場合、ご家族及び医療機関へ速やかに連絡をし、到着まで更なる症状悪化予防に努め、利用者本人の安全確保します。
当事業所より直接緊急搬送される場合に、保護者の方が即駆け付けられる状況でなければ看護師1名同乗し直接病院の待ち合わせとなる場合も考えられます。
了承します

生命保持に直結しないと思われる症状の変化については、
◎主治医からの事前指示に従い、まずそちらを優先します。 了承します

◎生命にかかわる急変でない限り、ご家族へ連絡を入れ ご家族対応で医療機関を受診していただきます。
了承します

利用者氏名 _____ 保護者署名 _____ 印

西暦 _____ 年 月 日 _____