

緊急事態に対応するための連絡カード

【資料3】

記入日：平成 30 年 月 日

(フリガナ) 利用者名	続柄・世帯主・別住	男 女	(フリガナ) 介護者名	続柄・世帯主・別住	男 女
生年月日	明・入・昭・平 年 月 日	満 歳	明・入・昭・平 年 月 日	満 歳	日 歳
住 所			電話番号	()	
かかりつけ医 (病院名・科)			連絡先 深夜連絡先	()	
保険証番号			障害者手帳 番号	有 ・ 無	
既往症			服 薬	有 ・ 無 (何のための薬ですか)	
障害などの 注意点					
緊急事態 移送病院					

◎ 第一連絡先はどちらにしますか・・・ 救急車 ・ ご家族

緊急事態連絡先の順序

順序	氏名(機関名)	ご利用者との 関係	住 所	電話番号
1	フリカナ			() -
2	フリカナ			() -
3	フリカナ			() -

☆ 連絡カードご記入者は第1連絡者の方にお願ひ致します。緊急連絡先に変更があった場合は至急〇〇事業所までお知らせ下さい。 連絡先 : 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

☆ サービス利用状況：デイ・短期・ヘルパー・訪問看護・訪問入浴・配食・その他

〇〇事業所
☎:〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

指示書

(処置依頼)

記入日 年 月 日

事業所名

責任者名

TEL :

利用者名 _____ 様について以下の行為を

訪問介護事業所ファミリーケア _____

に本人又は家族に了解の上、指示します。

指示期間 下記のことを 年 月 日 ~ 年 月 日
まで指示します。

目的	部位
行為内容 手袋着用 (有・無)	
薬品名	
量 回数	
範囲	
報告が必要な状態 状態	
報告先	
医療従事者の観察頻度	
注意事項	

年 月 日 上記指示を受けました。

事業所名 _____

サービス提供責任者名 _____

このような時は訪問看護師さんに連絡してください!!

*苦しそうにしている。

*熱が 38℃を超えている。

*吐いてしまう。

*咳こんで止まらない。

*お食事が食べられない。(飲み込めない)

*鼻のチューブが抜けた。

(紫のテープが鼻の所がない時は抜けてきています。)

~~*おしっこのチューブが抜けた。~~

*ベッドから転んでしまった。

この他にも、
ご心配な事が
ありましたら
ご連絡ください。

