

救急医療情報シート										
個人情報		新規作成日 令和 年 月 日 更新・変更 令和 年 月 日 更新・変更 令和 年 月 日								
(本人に返却してください。)										
住所	白井市									
ふりがな		電話								
氏名		携帯電話								
性別	男・女		生年月日	年 月 日						
加入健康保険	国保 社保 後期高齢 生保 その他()									
緊急時の家族や友人などの連絡先を記入してください。										
緊急連絡先	①	住所								
		ふりがな	電話							
		氏名	携帯電話	本人との関係						
	②	住所								
		ふりがな	電話							
		氏名	携帯電話	本人との関係						
【介護認定をお持ちの方】										
介護度区分										
認知症高齢者の日常生活自立度										
【障害者手帳をお持ちの方】										
種類	視覚・聴覚・音声言語・肢体・その他()・知的・精神							等級		
普段の生活の様子やアレルギーの有無										
つかまらなくて歩行できる・歩行器などを使用すれば歩行できる・車椅子・寝たきり										
アレルギー	無・有()									
ケアマネジャー・施設関係 担当者										
事業者名								担当者		
電話番号										
訪問看護ステーション 担当者										
事業者名										
電話番号								緊急時の電話番号		

ボトルに入れて必ず本人に返却してください。

救急医療情報シート										
医療情報		新規作成日 令和 年 月 日 更新・変更 令和 年 月 日 更新・変更 令和 年 月 日								
かかりつけ医療機関		かかりつけ医療機関								
所在地		所在地								
電話番号		電話番号								
診察券番号		診察券番号								
担当医	科	医師	担当医	科	医師					
担当医	科	医師	担当医	科	医師					
現在治療中の病名を記入してください。					現在治療中の病名を記入してください。					
これまでにかかったことのある病名や救急搬送情報を記入してください。										
年月日	救急搬送の有・無	病名・手術歴・搬送時の状況等					医療機関名			
【訪問診療・往診を受けている方】										
訪問診療機関名	所在地()市							担当医師		
電話番号						緊急時の電話番号				
延命治療について医師に伝えたいご本人の気持ち										
あなたが心肺停止状態(心臓の動きや呼吸が止まった状態)となり回復の見込みがない場合、延命治療(人工呼吸器や心臓マッサージなどの治療)を希望しますか。いずれかに○をつけてください。										
希望します ・ 希望しません ・ 今は決められない 記載日 年 月 日										
本人署名 _____ 代理意思決定者 氏名 _____ 続柄()										
※本人の意向として医療機関での治療方針の参考にさせていただきます。										
備考欄(救急隊、医療機関に伝えたいことがありましたら記入してください。)										
お薬手帳、または薬の説明書をコピーして、ボトルに入れてください。										
※内容に変更が生じた場合は、朱書きで訂正してください。										