

年 月 日作成

救急情報用紙

高齢 障害 難病

私は、救急・緊急時に本用紙に記載している個人情報や同封書類情報を、救急隊と搬送先の医療機関及び支援者に提供し、救急時及び緊急時の支援活動に活用することに同意します。

※表面は記載必須項目となります。

代理人署名 氏名 ()

氏名 (署名)	フリガナ	生年月日	M・T・S・H・R		年齢	()才 年月時点
	男・女		年 月 日	年 月 日		
住所	〒 ー 西 東京 市	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	身長	cm	血液型	型
		<input type="checkbox"/> 同居者				
電話	自宅	緊急時連絡先	電話番号		氏名	続柄
	携帯					
医療情報 (かかりつけ医等)	医療機関 ①	()科 ()医師	電話 診察券番号			
	医療機関 ②	()科 ()医師	電話 診察券番号			
●診断名・既往歴・アレルギー等						
薬	のみ薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()			
	注射	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()			
支援者 (ケアマネ等)	事業所 _____	搬送希望病院	病院名【 _____ 】			
救急隊員に 伝えたいこと	電話 _____		電話 _____			
			保険証番号 記号 番号			

身体情報	<p>●平常時の移動状況 (カッコ内には具体的に使用している物、症状等をご記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 介助 ()</p>		
	<p>●配慮が必要な事項 (カッコ内には具体的に使用している物、症状等をご記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/> 目が見えない () <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない ()</p> <p><input type="checkbox"/> 話すことができない ()</p> <p><input type="checkbox"/> 意思伝達が難しい ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
	<p><input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する</p> <p><input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい (心肺蘇生は希望しない) <input type="checkbox"/> 今は決められない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>代理意思決定者 <u>氏名</u> <u>続柄</u> <u>連絡先</u></p> <p>※ご家族やかかりつけ医とよく話し合いをしてご記入ください。状況によってはご意向に沿えない場合もあります。</p>		
	<p>記載日 年 月 日</p>		
添付書類	<p><input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 診察券コピー <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書コピー <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー</p> <p><input type="checkbox"/> 健康手帳コピー <input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
備考			
更新日①	年 月 日	更新日②	年 月 日
更新日③	年 月 日	更新日④	年 月 日

※書き換える場合は、はっきりと分かりやすく書いてください。

救急隊の方へ

この用紙を搬送時にご活用ください。また、医療機関搬送時は本人に携帯させてください。

医療機関の方へ

この情報を搬送後の医療にお役立てください。用紙の使用方法は医療機関の方針にお任せいたします。退院時は本人・家族にご返却ください。

