救急患者基本情報シート 　　年　　月　　日 作成

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ  
渡してください。（連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | 男　・　女 | **年齢** | 歳 |
| **氏　名** |  | **生年**  **月日** | M・T・S　　　年　 　月 　　日 | | |
| **自宅住所** |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊現在入所中の場合のみ記載 | | **施設住所** |  | | |
| **入所施設名** |  | | | **ＴＥＬ** | （　　　　）　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **緊急連絡先**  **（キーパーソン）**  **①** | **氏　名** |  | | | **ＴＥＬ** | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他  （　　　　）　　　－ |
| **続　柄** |  | **住所** |  | | |
| **緊急連絡先**  **（キーパーソン）**  **②** | **氏　名** |  | | | **ＴＥＬ** | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他  （　　　　）　　　－ |
| **続　柄** |  | **住所** |  | | |
| **かかりつけ**  **医療機関** | **施設名** |  | | | **ＴＥＬ** | （　　　　）　　　－ |
| **医師名** |  | | | **ＦＡＸ** | （　　　　）　　　－ |
| **担 当**  **ケアマネジャー** | **施設名** |  | | | **ＴＥＬ** | （　　　　）　　　－ |
| **氏　名** |  | | | **ＦＡＸ** | （　　　　）　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病 歴 等** | **現在治療中の病気・ケガ** | | **既往歴** | | |
| **常 用 薬** | □ 別添参照（お薬手帳など） | | | | |
| ＊搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい | | | | |
| **アレルギー** | |  | | **歩　　行** | 可　・　一部可　・　不可 |
| **麻　　痺** | | 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 | | **意思伝達** | 可　・　一部可　・　不可 |

● ご本人の望みに近いものを選んでください（この内容で最終判断することはありません）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **死に直面した時** | □ 何もせず自然のままがよい　　□ 延命治療を行ってほしい | | □ わからない |
| **食事が困難に**  **なった時** | □ 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい  □ 点滴や胃ろうなどの器具を使って、水分や栄養を補給してほしい | | □ わからない |
| **呼吸が困難に**  **なった時** | □ 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい  □ 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい | | □ わからない |
| **望みを確認した方** | □ 本人が確認　　□ 本人以外の方が確認（氏名：　　　　　　　　続柄：　　　　） | | |
| **確 認 日** | 平成　　　年　　　月　　　日 | 一宮市在宅医療・介護連携推進協議会 | |