

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	<input type="checkbox"/> 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 麻痺			歩行	可 ・ 一部可 ・ 不可
	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	<input type="checkbox"/> 何もせず自然のままがよい <input type="checkbox"/> 延命治療を行ってほしい <input type="checkbox"/> わからない
食事が困難になった時	<input type="checkbox"/> 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> わからない
呼吸が困難になった時	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい <input type="checkbox"/> わからない
望みを確認した方	<input type="checkbox"/> 本人が確認 <input type="checkbox"/> 本人以外の方が確認 (氏名: _____ 続柄: _____)
確認日	平成 年 月 日