**年　　月　　　日**　作成

　　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。**

代理人署名　氏名　　　　　（　　　）

代理人署名　氏名　　　 　　　　　　　 　　（ 関係：　　　　）

※表面は記載必須項目となります。

※表面は記載必須項目となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | | | | | **生 年 月 日** | | | M　・　T　・　S　・　H　・　R    　年　　　月　　　　日 | | | | | **年 齢** | （　　　　　　　　）才  　　年　　月時点 | |
| 男・女 | | | | |
|  | 〒　　 　　－  西 東 京 市 | | | | | |  | |  | **身長** | | ㎝ | |  | 型 | |
|  | **体重** | | Kg | |
| **電　　話** | 自宅  携帯 | | | | **緊急時連絡先** | | 電話番号 | | | | | | 氏　名 | | | 続柄 |
|  | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | |  |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | □あり | □血圧　□糖尿病　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | □あり | □インスリン　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | ） | | | |
| その他 | く自然な状態で見守ってほしい　□今は決られない  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  代理意思決定者　　氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　　連絡先  ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延命へのご本人の気持ち | □　健康保険証コピー　　□　診察券コピー　　□薬剤情報提供書コピー 　□お薬手帳コピー  □　健康手帳コピー　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
|  | |  | | | | | | 更新日⑥ | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**氏**

**名**

(署名)

□一人暮らし

**血液型**

**住**

**所**

同居者

**薬**

注　射

|  |
| --- |
| のみ薬 |

病院名【　　　　　　　　　　】

電話

**支　援　者**

（ケアマネ等）

**搬　送**

**希　望**

**病 院**

|  |
| --- |
| 事業所 |

電話

|  |
| --- |
| **保健証記号番号** |

**記　号**

**番　号**

**救急隊員に**

**伝えたいこと**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **身 体 情 報** | ●平常時の移動状況（かっこ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）  □自立（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□介助（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●配慮が必要な事項（かっこ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）  □目が見えない（　 　　　　　　　）　□耳が聞こえない（　　　　 　 　　 　）  □話すことができない（　　　　　 　　　　 　）  □意思伝達が難しい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| **延命へのご本人の気持ち** | □　できるだけ救命、延命をしてほしい　　　□　苦痛をやわらげる処置なら希望する  □　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**）　　　□今は決められない  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  代理意思決定者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　　連絡先  ※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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　　　　　年　　　　月　　　日 | | | |
| **添付書類** | □　健康保険証コピー　　□　診察券コピー　　□薬剤情報提供書コピー 　□お薬手帳コピー  □　健康手帳コピー　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | |
| **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。

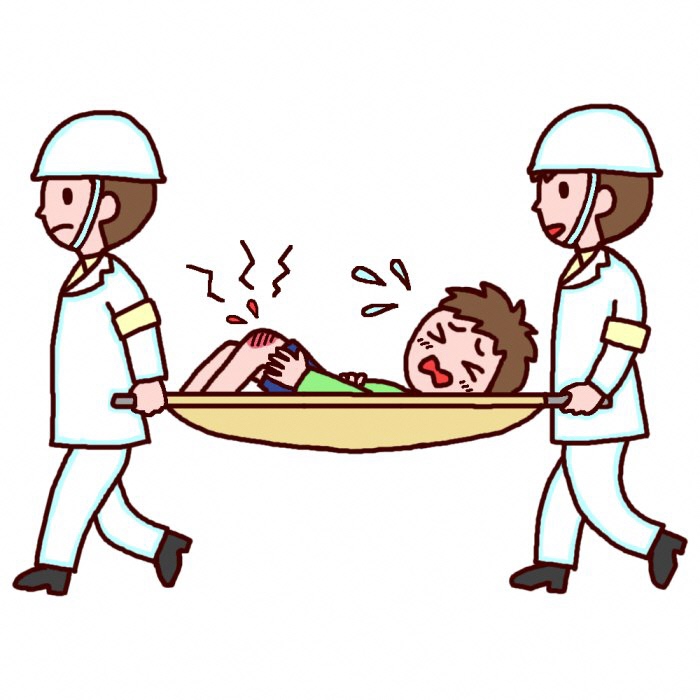
**年に一度は**

**見直しを！**

※記載情報に変更が生じた場合は適宜更新をしてください。（赤字修正・更新日記入）

**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。**

