**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。**

