

見本1

119医療情報伝達カード



施設名 (**〇〇ホーム**) 作成年月日 **20〇〇年 1月 1日**

※情報は、いつも最新のものにしてください。更新① 年 月 日

※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。更新② 年 月 日

フリガナ	オカザキ ショウタ		性別	生年	大正 昭和	年月日	〇〇年 1月 1日	〇〇 歳
氏名	岡崎 消太		男 ・女	年月日	平成 令和	〇〇年 1月 1日	〇〇 歳	
住所	岡崎市朝日町3丁目4番地			緊急連絡先	9999-99-9999 (関係: 息子・消英)			
ADL	意思疎通 (可能・ 一部可能 ・不可能) 生活介助 (歩行 ・トイレ・食事・着替え・風呂)			移動	自立・杖・ 車椅子 ・寝たきり			

■アレルギーの有無 **あり**・なし (薬: **ピリン系**の薬 食事: **青魚**)

■服薬中のくすりについて お薬手帳: **あり**・なし 資料: **あり**・なし

(上記2点ともない場合、服薬中の薬名を記入)

★心肺蘇生等を希望しない意思の提示について ※①が”あり”の場合のみ、②・③以降を記入してください。

①意思の提示	②書面の作成	③心肺蘇生等を希望しない意思の確認かかりつけ医	
あり なし	あり・なし	病院名:	医師名:
		病院☎: ()	-
		カルテ記載: あり・なし	

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

	病 名	医療機関、診察番号	治療
①	狭心症	岡崎 病院 ・ ID 0000-0001	治療中 ・経過観察中
②	腎不全	朝日医院 病院 ・ ID 0000-0002	治療中 ・経過観察中

■今までに治療したことがある病気ついてし点

<input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞
<input checked="" type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血
<input checked="" type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

バイアスピリン服用中、透析実施中(左腕にシャントあり)

以上、わたしの救急医療情報に間違いありません。救急隊が、処置や搬送へ活用することに同意します。

署名欄 **岡崎 消太** (本人) 代筆)

署名年月日 **2022年 〇月 〇日** 施設確認欄 確認済み