

## 見本2

## 119医療情報伝達カード



施設名 ( **△△ホーム** ) 作成年月日 **2000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	<b>オカザキ ショウコ</b>	性別	生年	大正 <b>昭和</b>	年月日	〇〇年 <b>2月 1日</b>	〇〇歳
氏名	<b>岡崎 消子</b>	男・女	年月日	平成 令和			
住所	<b>岡崎市朝日町3丁目4番地</b>		緊急連絡先	<b>9999-99-9999 (関係: 息子・消英)</b>			
ADL	意思疎通 (可能・一部可能 <b>不可能</b> ) 生活介助 ( <b>移動・トイレ・食事・着替え・風呂</b> )		移動	自立・杖・車椅子 <b>寝たきり</b>			

■アレルギーの有無 **あり・なし** (薬: 食事: )

■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
<b>あり</b> ・なし	<b>あり</b> ・なし	病院名: <b>岡崎病院</b> 医師名: <b>岡崎 太郎</b> 病院☎: (0564) <b>99 - 9999</b> カルテ記載: <b>あり</b> ・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	<b>胃癌</b>	<b>岡崎</b> 病院 ・ ID <b>0000-000</b>	<b>治療中</b> ・経過観察中
②		病院 ・ ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

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

--

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 消子**

(本人・息子**消英**代筆)

署名年月日

**2022年 〇月 〇日**

施設確認欄

確認済み