

119医療情報伝達カード



施設名 ()

作成年月日

年 月 日

※情報は、いつも最新のものにしておいてください。

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		性別	生	大正 昭和	年	月	日	歳
氏名		男・女	年	平成 令和	年	月	日	歳
住所		緊急連絡先	☎	— —	(関係:)			
ADL	意思疎通(可能・一部可能・不可能) 生活介助(移動・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: 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	
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・診察券番号	治療
①		病院・ID	治療中・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 type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	その他(詳細下記へ記載)

■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

(本人・代筆)

署名年月日

年 月 日

施設確認欄

確認済み