

救急医療情報シート

1	ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	佐野市	電話番号	

	ふりがな 緊急連絡先 氏名	続柄	住所	電話番号
2				自宅： 携帯：
				自宅： 携帯：
				自宅： 携帯：
				自宅： 携帯：

	関係機関連絡先	事業所名等	氏名	電話番号
3	民生委員			
	ケアマネジャー			

	治療中の病気	かかりつけ医療機関	電話番号
4			

5	使っているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※該当項目に☑してください <「お薬手帳」のコピー、または薬の情報用紙をキットに入れておいてください。 なお、それらが無い場合には下記の欄へご記入ください>
	○薬品名

※ 裏面のご記入もお願いします

身体等の状況 ※該当の項目に☑してください	
6	①アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（☑ありの方は下記の項目も☑してください） <input type="checkbox"/> 薬（ ） <input type="checkbox"/> 食べ物（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	②からだに麻痺などはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）
	③目の状態 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい（みぎ・ひだり） <input type="checkbox"/> 見えない（みぎ・ひだり）
	④耳の状態 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（みぎ・ひだり） <input type="checkbox"/> 聞こえない（みぎ・ひだり）
	⑤普段の生活は？ <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 伝え歩き（杖・シルバーカー使用） <input type="checkbox"/> 歩行可能
	⑥その他伝えたいこと（今までにかかったことのある病気、手術歴、認知症や障がいの有無など）

もしもの時に医師に伝えてほしい項目に☑してください	
7	<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命してほしい ※心臓マッサージを行い、気管内挿管や人工呼吸器を使用します。
	<input type="checkbox"/> 延命は希望しないが、苦痛をやわらげる処置なら希望する ※鎮静、鎮痛薬などで苦痛を緩和します。
	<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
《救急車を要請した場合には、 救急隊は心臓マッサージ等の心肺蘇生を行い、最善を尽くしながら搬送します。》	

8	同意欄	こちらの救急情報を、救急医療や災害時の支援に活用することに同意します。		
		本人氏名 ⑩	作成日	年
		代筆者名 （関係）		月 日
※記入者が本人と異なる場合は、「代筆者名」をご記入ください				

【更新日】※記入者が本人と異なる場合は、「代筆者名」をご記入ください。

9	更新日	年 月 日	代筆者名 （関係）
	更新日	年 月 日	代筆者名 （関係）