

# 救急医療情報提供書

患者情報

作成日 年 月 日 (作成日より一年間有効)

利用施設	
ふりがな 氏名	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所 連絡先	— —

医療情報

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 ( )
既往歴	
現在服用中の薬	
かかりつけ医	名称 所在 ( 県 市・町)

該当する項目に☑してください

- ◎ 普段のADL : 寝たきり・車いす・伝い歩き・歩行可能  
◎ 要介護状態区分等 ( )・要介護該当せず  
◎ 認知症あり・意思疎通ができる

もしもの時に医師に伝えてほしい項目に☑してください

できるだけ救命、延命をしてほしい

具体的には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ので苦痛を伴います

苦痛をやわらげる処置なら希望する

具体的には延命処置は行ないませんが鎮静、鎮痛薬などを使用します

なるべく自然な状態で見守ってほしい

本人 署名欄 \_\_\_\_\_

その他 (

親族 署名欄 \_\_\_\_\_

緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

介護支援専門員 (サービス利用者のみ)

事業所名称		電話番号	
担当者名			

作成日以降、上記内容に変更が生じた際、更新のこと (新たな疾病の追加含む)

更新日①	年 月 日	診断名	
更新日②	年 月 日	診断名	