

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

重症時・急変時の治療方針の項目に☑してください

- ① 入院し、生命維持のための最大限の治療を希望する。(苦痛を伴う可能性あり)
・心臓マッサージ (する・しない) ・気管挿管 (する・しない)
・人工呼吸器装着 (する・しない) ・蘇生薬投与 (する・しない)
- ② 入院治療を希望するが、①に記載した生命維持のための治療までは行わない。
・輸血する (する・しない)
- ③ 病院搬送はせず、自宅(施設含む)内で、できる範囲内の治療を希望する。

年 月 日

署名本人 署名代理人 続柄 ()

※新たな疾患が判明するなど病状変化時には適宜、再検討してください。

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	年 月 日	診断名	
-----	-------	-----	--