|  |  |
| --- | --- |
| 利用施設 |  |
| ふりがな | 男　・　女 |
| 氏　名 |
| 生年月日 | 明治　・大正　・昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 連絡先 | －　　　　　　　　－ |

**患者情報 　　　　作成日　　　年　　　月　　　日**

**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 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 診断名 |  |
| 更新日② | 平成　　　年　　　月　　　日 | 診断名 |  |