

わたしの緊急情報シート

フリガナ		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	
住所	京都市山科区	
電話番号		

緊急連絡先 1 (連絡先 2 は裏面)

フリガナ		続柄
氏名		
住所		
電話番号		

かかりつけの病院・医院

病院名	
診療科	
担当医名	
電話番号	

アレルギー

薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
食べ物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()

救急隊員や治療にあたる医師に知らせたいこと

体の不自由なところ、痛いところ、透析のシャント、透析の曜日、ペースメーカー、血液をサラサラにする薬の服用など
い

人生のもじもの時に参考にしてほしいこと

万一、何らかの理由で死期が近くなった場合、救命、延命の為の医療を受けることについてどう思いますか？(複数チェック可)

- できるだけの救命、延命をしてほしい
- 延命のみを目的とした医療を行わず自然にまかせてほしい
- 苦痛を緩和する医療は受けたい
- わからない

私は、緊急時に記載事項が参考にされることに同意します。

記入日 年 月 日

更新日 年 月 日

署名または代筆 続柄

わたしの緊急情報シート

フリガナ		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	
住所	京都市山科区	
電話番号		

緊急連絡先 1 (連絡先 2 は裏面)

フリガナ		続柄
氏名		
住所		
電話番号		

かかりつけの病院・医院

病院名	
診療科	
担当医名	
電話番号	

アレルギー

薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
食べ物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()

救急隊員や治療にあたる医師に知らせたいこと

体の不自由なところ、痛いところ、透析のシャント、透析の曜日、ペースメーカー、血液をサラサラにする薬の服用など
い

人生のもじもの時に参考にしてほしいこと

万一、何らかの理由で死期が近くなった場合、救命、延命の為の医療を受けることについてどう思いますか？(複数チェック可)

- できるだけの救命、延命をしてほしい
- 延命のみを目的とした医療を行わず自然にまかせてほしい
- 苦痛を緩和する医療は受けたい
- わからない

私は、緊急時に記載事項が参考にされることに同意します。

記入日 年 月 日

更新日 年 月 日

署名または代筆 続柄

緊急連絡先 2

フリガナ		続柄
氏名		
住所		
電話番号		
現在通院中の病気		
以前かかったことのある病気		
お薬手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入居施設	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 施設名	
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 事業対象者
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
障がい者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	□ 身体 (種類:)	
	□ 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病	
ケアマネジャー	氏名	
	電話番号	
	事業所名	
訪問看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	事業所名	
	電話番号	
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	薬局名	
	電話番号	
かかりつけ歯科	医院名	
	電話番号	
成年後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	電話番号	

フリガナ		続柄
氏名		
住所		
電話番号		
現在通院中の病気		
以前かかったことのある病気		
お薬手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入居施設	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 施設名	
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 事業対象者
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
障がい者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	□ 身体 (種類:)	
	□ 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病	
ケアマネジャー	氏名	
	電話番号	
	事業所名	
訪問看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	事業所名	
	電話番号	
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	薬局名	
	電話番号	
かかりつけ歯科	医院名	
	電話番号	
成年後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下を記入)	
	電話番号	