

わたしの緊急情報シート

フリガナ

性別

氏名

☐ 男

☐ 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

☐ なし

☐ あり

（

）

食べ物

☐ なし

☐ 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

人生のもし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ない

☐ 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

わたしの緊急情報シート

フリガナ

性別

氏名

☐ 男

☐ 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

☐ なし

☐ あり

（

）

食べ物

☐ なし

☐ 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

人生のもし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ない

☐ 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）	
	<input type="checkbox"/> 身体 （種類： ）	
	<input type="checkbox"/> 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）	
	<input type="checkbox"/> 身体 （種類： ）	
	<input type="checkbox"/> 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	