わたしの緊急情報シート（自宅保管用）

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（重要）

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

人生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たい**

□ **わからない**

私は、記載事項が救急隊、医療機関等に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（携帯用）

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（重要）

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

人生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たい**

□ **わからない**

私は、記載事項が救急隊、医療機関等に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	☐ なし ☐ あり
入居施設	☐ なし ☐ あり ：施設名
介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中
	要支援 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 事業対象者
	要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
障がい者手帳等	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	☐ 身体 （種類： ）
	☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病
ケアマネジャー	氏名
	電話番号
	事業所名
訪問看護	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	事業所名
	電話番号
かかりつけ薬局	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	電話番号

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	☐ なし ☐ あり
入居施設	☐ なし ☐ あり ：施設名
介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中
	要支援 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 事業対象者
	要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
障がい者手帳等	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	☐ 身体 （種類： ）
	☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病
ケアマネジャー	氏名
	電話番号
	事業所名
訪問看護	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	事業所名
	電話番号
かかりつけ薬局	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり（以下を記入）
	電話番号

山科区在宅医療・介護連携推進協議会