

## 救急医療情報（高齢者施設用）

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住 所	八王子市 町 丁目 番 号			
ふりがな			年齢	歳
氏 名			(平成	年 月 日現在)
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
性 別	男 ・ 女			
連 絡 先	0 4 2 -	-		
電話番号	-	-		

## ◇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 ( )		
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬			
かかりつけの病院	病 院 名 :	※おおむね1年以内に受診歴のある病院	
	住 所 :	市・区	
	電話番号 :		
もしもの時に医師に伝えたい事があればチェックして下さい			
<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら望む <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )			

## ◇緊急連絡先

氏 名	続柄	住所	電話番号

作成日	平成	年	月	日	更新日①	平成	年	月	日
更新日②	平成	年	月	日	更新日③	平成	年	月	日
更新日④	平成	年	月	日	更新日⑤	平成	年	月	日

## 救急隊への申し送り事項

(救急隊要請時に施設職員等が記入して下さい)

### ◇発生状況

要請概要	発生時間	
	場 所	
	概 要	
応急手当		

### ◇連絡医療機関

医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)

### ◇家族連絡

未・済	名前(続柄)	( )	電話番号	
未・済	名前(続柄)	( )	電話番号	
未・済	名前(続柄)	( )	電話番号	

## 注 意 事 項

#### 1 救急医療情報について

- (1) 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を駆け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
- (2) 救急医療情報は、救急隊等が活用することに同意できる場合、ご自身もしくはご家族で記載願います。
- (3) 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- (4) 救急医療情報は、第三者にご自身の情報が漏えいする危険が伴いますので、ご自身の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

#### 2 緊急連絡先について

救急隊等が、緊急連絡先に記載されている連絡することがありますので、連絡先に記載する方に対して、ご自身もしくはご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。