

北村山救急医療情報シート

(北村山公立病院・北村山地区医師会)

【基本情報】 記入者(本人 ・ 家族 ・ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他)

ふりがな			性 別	
氏 名			年 齢	
生年月日				
本人	住 所			
	電話番号			
施設	名 称			
	所在地			
	電話番号			

【医療情報】

現在治療中の 病気や心身の 状態 A D L	高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 認知症 その他： (A D L : mRS 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 経口摂取 ・ 胃管/胃瘻			
既 往 歴	年 齢	病 名	手術の有無	現在の状況
	_____才	_____	(有 ・ 無)	(治癒・現在治療中)
	_____才	_____	(有 ・ 無)	(治癒・現在治療中)
	_____才	_____	(有 ・ 無)	(治癒・現在治療中)
	_____才	_____	(有 ・ 無)	(治癒・現在治療中)
アレルギー	無 ・ 有 (_____)			
かかりつけ 医療機関①	病院名		主治医	
	電話番号		所在地	
かかりつけ 医療機関②	病院名		主治医	
	電話番号		所在地	
施設における看取り対応の希望の有無 ⇒ 有 無 不明				
もしもの時に 医師に伝えたいことがあれば「□」の中にチェックして下さい。 ☐ できるだけ救命、延命をしてほしい ☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する ☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい ☐ 心肺停止時には蘇生処置は望まない			確認日(修正は二重線で消して下へ追記) 年 月 日 年 月 日 年 月 日	

【緊急連絡先】

名前(続柄)	(_____)	電話番号	
名前(続柄)	(_____)	電話番号	

ケアマネジャー:	電話番号	
----------	------	--

作 成 日		確認・更新日①	
確認・更新日②		確認・更新日③	
確認・更新日④		確認・更新日⑤	

※お薬手帳の内容をコピーあるいは持参