

# 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 ADL	高血圧      糖尿病      心臓病      脳卒中      認知症 その他： (ADL: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) _____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。 <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希望する <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい <input type="checkbox"/> 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

連絡先:北村山公立病院 入退院支援室 TEL:42-2111 (内線 2156)