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(自立度)	高血圧　糖尿病　心臓病　脳卒中　認知症　悪性腫瘍 その他： ＡＤＬ（自立度）：自立・見守り・杖/歩行器・車いす・全介助　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。 □　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

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

Ver 1.0