

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）作成日 令和 年 月 日

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

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名				アレルギー：有り(下記に記載) ・ 無し	
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
本人	住所				
	電話番号				
施設	名称				
	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)該当に ○	高血圧 糖尿病 心疾患 脳卒中 認知症 悪性腫瘍 その他： ペースメーカー ・ 植え込み型除細動器（ICD） 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	発症年・年齢 _____ 病 名 _____ 手術の有無 _____ 現在の状況 _____ _____ 歳 _____ (有 ・ 無) 治癒・現在治療中 _____ 歳 _____ (有 ・ 無) 治癒・現在治療中 _____ 歳 _____ (有 ・ 無) 治癒・現在治療中				
かかりつけ医療機関①		主治医		電話番号	
かかりつけ医療機関②		主治医		電話番号	
施設における看取り対応の希望の有無		有り	無し	不明	
自分の考えを伝えられなくなった時に 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"/> 心肺停止時には心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用などは望まない (DNAR) <input type="checkbox"/> 心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用は望まないが、症状・苦痛緩和の治療は望む <その他望むこと>					確認日(修正は二重線) 記入者 _____ 年 月 日(本人・家族・) _____ 年 月 日(本人・家族・) _____ 年 月 日(本人・家族・)

【緊急連絡先】

名前(続柄)	()	電話番号	
名前(続柄)	()	電話番号	
事業所名: ケアマネジャー:		電話番号	

※お薬手帳の内容をコピーあるいは持参