

# 記入方法

## 119医療情報伝達カード

※情報は、いつも最新のものにしてください。

※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。

① 作成年月日 平成 年 月 日  
 更新年月日① 平成 年 月 日  
 更新年月日② 平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年 明治 昭和	年	月	日	歳
氏名		男・女	大正 平成				
住所	② 緊急連絡先		☎	-	-	(関係: )	
ADL	意思疎通(可能・一部可能・不可能) 生活介助(移動・トイレ・食事・着替え)		③ 移動	自立・杖・車椅子・寝たきり			

■アレルギーの有無 あり・なし (薬 ④ 食事: )

■服薬中のくすりについて お薬手帳: あり・なし 資料: あり・なし

(上記2点ともない場合、服薬中の薬名を記載)

⑤

★DNARの有無 あり・なし

書類	あり・なし	確認主治医	病院・⑥ 医師	提示日	平成 年 月 日
		(病院☎: -)	カルテ記載: あり・なし		

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

①	病名	医療機関・診察券番号	治療
		⑦ 病院・ID	治療中・経過観察中
		病院・ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

呼吸器系疾患	慢性閉塞性肺疾患	狭心症	心筋梗塞
心不全	不整脈	脳梗塞	脳出血
腎疾患	肝疾患	糖尿病	その他(詳細下記へ記載)

⑧

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

⑨

以上、わたしの救急医療情報に間違いありません。救急隊が、処置や搬送へ活用することに同意します。

⑩

本人又は家族等署名欄

☑ (本人・ 代筆)

署名年月日 平成 年 月 日 施設確認欄  確認済み

①作成年月日、更新年月日

内容に変更があった場合は、その都度更新してください。変更がない場合は、少なくとも年1回は見直してください。更新の際は、2重線で消してください。★の項目に更新があった場合は再度⑩署名をお願いします。

②緊急連絡先

救急隊や病院から連絡する場合の連絡先電話番号と施設利用者本人との関係を記入してください。

③ADL

ADLとは、日常の生活動作のことです。該当する項目に○をつけてください。

④アレルギー

薬や食事によるアレルギーの有無とその内容を記入してください。

⑤薬について

お薬手帳や資料があれば、119医療情報伝達カードと共に提出してください。どちらも無い場合は、薬名の記入をお願いします。

⑥DNARの有無について

DNARとは、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者さんなどが、心肺停止に陥った際、本人または家族の希望で心肺蘇生法を行わないことをいいます。この提示があっても、私たち救急隊が医療機関へ搬送することには変わりありませんが、詳細な提示があれば、救急隊が行う処置や医療機関搬入後の対応に大きな違いがでる、重要な項目です。

★項目のため、変更があった場合は再度⑩署名をお願いします。

⑦治療中の病名

この項目は、医療機関選定に大きく関わってきます。かかりつけ医療機関やIDなど出来る限り詳細な記入をお願いします。

★項目のため、変更があった場合は再度⑩署名をお願いします。

⑧今までに治療したことがある病気について

該当する項目にレ点をお願いします。

⑨備考

⑧の既往歴でその他にレ点をチェックした場合は、その病名の記入をお願いします。

例) 右大腿骨頸部骨折

その他、救急隊に伝えたい項目を記入してください。

例) シヤントがあり、右腕での血圧測定ができない。

⑩本人又は家族署名欄

この用紙を救急隊が活用する事についての同意署名になります。ここに記載された内容の信憑性を担保するうえでも、必要な項目になります。署名を頂く方に、「本人・家族・関係者の方へ」という用紙を渡してください。