

119医療情報伝達カード

※情報は、いつも最新のものにしておいてください。

※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。

作成年月日 平成 28 年 8 月 10 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	オカザキ ショウタ	性別	生年 月日	明治 昭和 大正 平成	23年 1月 1日	67 歳
氏名	岡崎 消太	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女				
住所	岡崎市朝日町3丁目4番地		緊急 連絡先	☎ 9999-99-9999 (関係: 息子・消英)		
ADL	意思疎通(可能・ 一部可能 ・不可能) 生活介助(歩行 ・トイレ・食事・着替え・風呂)		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: ~~ピリン系の薬~~ 食事: ~~青魚~~)■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)

★DNARの有無 あり・なし

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

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

	病名	医療機関、診察番号	治療
①	狭心症	岡崎市民 病院 ・ ID 0000-0001	治療中 ・経過観察中
②	腎不全	朝日医院 病院 ・ ID 0000-0002	治療中 ・経過観察中

■今までに治療したことがある病気ついてし点

<input type="checkbox"/>	呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/>	慢性閉塞性肺疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	狭心症	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞
<input checked="" type="checkbox"/>	心不全	<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	脳梗塞	<input type="checkbox"/>	脳出血
<input checked="" type="checkbox"/>	腎疾患	<input type="checkbox"/>	肝疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	糖尿病

■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)

バイアスピリン服用中、透析実施中(左腕にシャントあり)

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。

本人又は家族署名欄

岡崎 消太

印 本人

代筆)

署名年月日

平成 28年 8月 10日

施設確認欄

確認済み