

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 ショウコ	性別	生年 明治 昭和 大正 平成	23年 2月 2日	67 歳
氏名	岡崎 消子	男・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(移動・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: 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)

★DNARの有無 あり なし

書類	あり なし	確認 主治医	岡崎市民 病院・岡崎 太郎 医師 (病院TEL:00-0000 カルテ記載: あり なし)	提示日	平成 28年 8月 10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	胃癌	岡崎市民 病院 ・ ID 0000-0001	治療中・経過観察中
②		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	高血圧	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)

--

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 消子

☑ (本人・息子消英代筆)

署名年月日

平成 28年 8月 10日

施設確認欄 ☑ 確認済み