記入方法　119医療情報伝達カード

施設名　（　　）

作成年月日　　年　月　日
更新①　　年　月　日
更新②　　年　月　日

※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。

フリガナ		性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日	歳
氏名		男・女			
住所			①緊急連絡先	☎　－　－　（関係：　）	
移動方法	独歩・杖・歩行器・車椅子・寝たきり		②緊急連絡先	☎　－　－　（関係：　）	
要介護	1・2・3・4・5	要支援	1・2		

■アレルギーの有無　　あり ・ なし　　（薬：　　食事：　　）

■服薬中の薬　　お薬手帳：あり・なし ／ 資料：あり・なし ／ マイナンバー保険証：あり・なし

（上記3点ともない場合、服薬中の薬名を記入）

★心肺蘇生を希望しない意思の確認について

☐ 心肺蘇生を希望しない → 別紙「心肺蘇生を希望しない方やそのご家族の方へ」を熟読していただき、ご家族やかかりつけ医とよくご相談の上、必要に応じて「心肺蘇生に関する医師の指示書」の作成へとお進みください

☐ 心肺蘇生を希望する

★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 ／ 診察券番号	治療
①		病院 ／ 診察券番号	完治・治療中
②		病院 ／ 診察券番号	完治・治療中
③		病院 ／ 診察券番号	完治・治療中
④		病院 ／ 診察券番号	完治・治療中

■その他（救急隊へ知らせたいことなど）

救急隊到着時に、救急隊員へご提示ください。
以上、わたしの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。

署 名 欄　　（ 本人 ・　　代筆）

署名年月日　　年　月　日

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⑨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。

③移動方法・要介護
日常生活の移動方法や要介護認定区分の記入をお願いします。

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。どちらもない場合は薬の記入をお願いします。

⑥心肺蘇生を希望しない意思の確認について
別紙「心肺蘇生を希望しない方やそのご家族の方へ」「DNARチラシ」を熟読ご理解していただき、心肺蘇生の有無についてどちらかに〇をつけてください。
★項目のため変更があった場合は再度⑨署名をお願いします。

⑦現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について
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⑨署名をお願いします。

⑧その他
救急隊に伝えたい項目を記入してください。
例）シャントがあり、右腕での血圧測定ができない。

⑨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。