

119医療情報伝達カード



施設名 (**デイサービス消防**)

作成年月日 令和 8年 4月 1日

※情報は、いつも最新のものにしてください。

更新①

年 月 日

※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。

更新②

年 月 日

フリガナ	オカザキ タロウ	性別	生年	大正 昭和	78歳
氏名	岡崎 太郎	男 ・女	年月日	23年 1月 1日	
住所	岡崎市朝日町3丁目4番地		①緊急連絡先	0000-00-0000 (関係: 長男)	
移動方法	独歩・ 杖 ・歩行器・車椅子・寝たきり		②緊急連絡先	111-1111-1111 (関係: 長女)	
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: **ピリン系の薬** 食事: **青魚**)

■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)

★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	心筋梗塞	岡崎市民 病院 / 診察券番号 1234-5678	完治 ・治療中
②	腎不全	岡崎医院 病院 / 診察券番号 2345-6789	完治・ 治療中
③	高血圧	消防医療 病院 / 診察券番号 3456-7890	完治・ 治療中
④	糖尿病	消防医療 病院 / 診察券番号 3456-7890	完治・ 治療中

★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

■その他(救急隊へ知らせたいことなど)

・**右腕に透析用のシャントがあります**

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

岡崎 太郎

(**本人**)・代筆)

署名年月日

令和 8年 4月 1日