

救急隊への情報提供用紙(要援護者用)

※本用紙はおおむね65歳以上の方を対象としています

【基本情報】

作成日: 令和 年 月 日

情報更新日: 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 歳	
住所・携帯電話番号 (住民票記載の住所とします。)	📱		
緊急連絡先 (連絡がつく親族等) 携帯電話を優先で記載ください。	フリガナ 氏名	続柄	居住する都道府県と市町村
	📱		
	フリガナ 氏名	続柄	居住する都道府県と市町村
	📱		
その他、関係者の連絡先 (区役所、地域ケアプラザ等)	①	②	
	☎	☎	

【医療情報】

現在治療中の病気	病院名:	
	病院名:	
過去に診断を受けた病気	病院名:	
	病院名:	
現在服用している薬 (お薬手帳を用意ください。)	※服用している薬の情報が記載されている「お薬手帳」等をあれば記入は不要です。	
アレルギー	有・無	アレルギーの名称
身体の麻痺	有・無	具体的な内容
かかりつけ医	☎	
軽度【日常生活動作】 意志疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不能 判断力 移動 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不能 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他 歩行 <input type="checkbox"/> 寝たっきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 自立 麻痺 <input type="checkbox"/> 部位() <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし	"もしも"の時に医師に伝えたい <input type="checkbox"/> できるだけ長く生きるための治療を受けたい <input type="checkbox"/> 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみをする <input type="checkbox"/> すべての治療やケアを受けたくない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()	

【注意事項】

1 情報提供用紙について

駆け付けた救急隊に本用紙を情報提供することにより、迅速な救急活動や早期の病院搬送につながります。
救急隊や医療関係者へ情報提供することについて同意できる場合、ご自身または家族等で記載をお願いします。
重要な個人情報となるため、ご自身の判断と責任において管理し、紛失には十分ご注意ください。

2 緊急連絡先

救急隊や医療関係者が、緊急連絡先に電話連絡をする場合がありますので、ご自身またはご家族に 事前の説明してください。

3 "もしも"の時のために、お元気な時にあらかじめこの用紙に最低限を記入して、常に新しい情報に書き換えて下さい。