

記入方法

119医療情報伝達カード

施設名 **①** _____ 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平
氏名		男・女	年 月 日生	歳
住所	②	緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話
ADL	意思疎通(可能・一部可能・不可能) 介助必要(移動・トイレ・食事) ③	移動	自立・杖・車椅子・寝たきり	

■アレルギーの有無 有・無 (薬・食物等) **④** _____)

■服薬中のくすりについて お薬手帳 or 資料: 有・無
(服薬中の薬名を記入して下さい) **⑤**

■DNARの提示について ※①が有の場合のみ、②・③以降を記入してください。

①DNARの提示	②DNARの書類	③DNAR確認主治医
有・無	有・無	病院名: _____ 医師名: _____ 病院☎: () - ⑥ カルテ記載: あり・なし

■現在治療中の病気について記載して下さい

病 名	医療機関	診察券番号
⑦ _____	_____	_____
_____	_____	_____

■今までに治療したことがある病気について記載して下さい

病 名	医療機関	手術の有・無
⑧ _____	_____	_____
_____	_____	_____

■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) **⑨**

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。

本人又は家族等署名欄 **⑩** _____ (本人・代筆)
署名年月日 _____ 年 月 日 施設確認欄 確認済み

①施設名、作成年月日
施設名を記入してください。
内容に変更があった場合は、その都度二重線で消し修正してください。少なくとも年1回は見直してください。
⑥及び⑦に大きく変更があった場合はお手数ですが再度作成して**⑩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緊急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。

③ADL
ADLとは、日常の生活動作のことです。該当する項目に○をつけてください。

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、薬名の記入をお願いします。

⑥DNARについて
DNARとは、癌の末期や老衰などで救命の可能性のない患者さんが、かかりつけの主治医等と話し合い、あらかじめ心肺停止に陥った際に蘇生拒否の意思表示することを指します。①はその意思表示の有無を記入してください。基本的には、入居者(利用者)やその家族などからDNARについての申し出がなければ、「なし」としてください。組織として終末期に対応されている施設や関係者からの申し出によって、①が「あり」となった場合のみ②・③以降を記入してください。②の書類とは、この意思表示の過程で作成される書類のことです。③はカルテ記載の有無、意思表示に携わった医師名、病院名、病院連絡先の記入をお願いします。

ただし、DNARの意思表示がある場合でも救急要請された場合は、救急隊は蘇生処置を実施しながら病院搬送します。搬送先病院医師へはDNARである旨を伝達します。

DNARに大きく変更があった場合はお手数ですが再度作成して**⑩署名**をお願いします。

⑦治療中の病名
現在治療中の病名、かかりつけ医療機関、IDなど詳細な記入をお願いします。

治療中の病名について大きく変更があった場合はお手数ですが再度作成して**⑩署名**をお願いします。

⑧今まで治療したことがある病気について
該当する項目に記載をお願いします。

⑨備考
その他、救急隊に伝えたい項目を記入してください。
例) シヤントがあり、右腕での血圧測定ができない。

⑩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。ここに記入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。