

※救急医療情報を、救急隊等へ提供することについて、同意できる場合に記入してください。

～記入例～

救急医療情報

(福山・府中地域保健対策協議会)

作成日	令和 ●年 ●月 ●日	更新日	令和 ●年 ●月 ●日
-----	-------------	-----	-------------

※概ね1年ごとに内容の確認を行い更新日を記入してください。

住所			
ふりがな	ふくやま はなこ	性別	年齢 88 歳
氏名	福山 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	(令和 ●年 ●月 ●日現在)
生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 3 年 1 月 1 日		
連絡先電話番号	084-●●●-●●●● (自宅) 090 - ●●●● -●●●● (夫の携帯)		

◇医療情報 ※情報を変更された場合は、裏面に貼付してください。

現在治療中の病気	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 ()		
過去に医師から言われた病気	高脂血症		※救急対応をする場合、重要な情報です。必ず最新の情報を記入してください。(更新の場合は、更新日現在)
服用している薬 (お薬手帳の写しは裏面に貼付)	・フロブレス錠12 12mg ・アダラートCR錠20mg		
かかりつけ医療機関	名称 ○○病院 ※おおむね1年以内に受診歴のある医療機関	名称 △△クリニック	

◇診療に対する希望 ※ご本人、ご家族でよく話合って記入してください。(意思確認できない場合は空欄)
※この希望は、いつでも修正・撤回することができます。

もしもの時に医師に伝えたい内容を「□」の中にチェックしてください。
※突発的に発生し、原因を取り除けば十分に回復が見込める場合を除く。

<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命してほしい	← 「救命、延命」とは、心臓マッサージ、人工呼吸、心臓を動かす薬の投与など。「苦痛をやわらげる」とは、上記の処置は行わず、鎮痛剤・モルヒネ剤・眠る注射等の処置など。「自然な状態」とは、病状の確認のみで処置は行わない。
<input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置だけ希望する	
<input type="checkbox"/> 自然な状態で見守ってほしい	

※私の意思が尊重され、私の希望に従ってされた医療行為一切の責任は、私自身にあります。

◇緊急連絡先 なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話は連絡のつきやすい番号を記入してください。

氏名	関係	住所	電話番号
府中 太郎	子	府中市●●町●丁目1-1	080-●●●●-●●●●
神石高原 みどり	子	神石高原町●●1-2-3	090-●●●●-●●●●

◇地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等

名称	福山市地域包括支援センター	電話番号	084-●●●●-●●●●
----	---------------	------	---------------