

救急受診のための医療・介護情報用紙

※電話連絡後、「紹介状（ある場合）」とともにFAXをお願いします。（原本持参）
尚、内服薬の情報や既往歴の詳細がありましたら一緒にFAXをお願いします。

記入日 年 月 日 施設・事業所名 TEL
記載者 職種 .

ふりがな 患者氏名	(男・女)		生年月日 T・S・H	年	月	日
患者住所			TEL			
家族形態	独居・同居家族 ()					
キーパーソン	氏名 続柄		TEL			
	連絡 (済・未) 来院予定時間 : 連絡未の理由 ()					
嘱託医・かかりつけ医	医院名 医師名		搬送前の診察 (有・無)			
搬送前の 状況・経過	主訴 いつから？最後に普段通りだったのは？ どのような症状で どのような処置をして どうなった ☐ 急激に悪化 ☐ ここ数日で悪化 ☐ 徐々に衰弱 ☐ 数日前より発熱 ☐ 食事摂れていない					
治療方針の希望	急変時（心停止・呼吸停止）の蘇生を希望されますか？ ☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決めかねている ☐ わからない 終末期の医療はどのような形を希望されますか？ ☐ 病院でできる限りの治療を受けたい ☐ 施設で介護を中心に ☐ 自宅で ☐ わからない					
	意志確認日： R 年 月 日 立会人：本人・その他（氏名 続柄 ）					
既往歴	循環器系（心不全・心筋梗塞・不整脈・高血圧） 脳神経系（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血） 糖尿病・気管支喘息・消化器疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・精神疾患・認知症 手術歴： その他：					
アレルギー	なし・あり（内容： ）					
要介護認定	なし・あり（支援 1・2 介護 1・2・3・4・5）・申請中			障害者手帳：なし・あり（身・精・療）		
身体状況	移動：自立・杖・歩行器・車いす・全介助・寝たきり 拘縮：（なし・あり（右・左））					
ADLの程度	食 事：自立・一部介助・全介助 形態（普通・きざみ・ミキサー・とろみ） 経管栄養 胃瘻					
	排 泄：自立・一部介助・全介助（オムツ・ポータブルトイレ） 人工肛門 尿道カテーテル					
	保 清：自立・一部介助・全介助					
意思疎通	良好・簡単な会話は可能・不可			難聴：なし・あり（右・左）		
医療処置・ケア	インスリン注射・酸素・透析シャント・褥瘡・その他 ()					
その他						