

救急隊・医療機関への情報提供票

施設名：_____

【基本情報】＊事前に記載しておいてください

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日生
氏 名		年 齢	歳	男 ・ 女		
入所前居住地	☐ 愛知県 ☐ 他県（ ）/ ☐ 市町（ ）					
現住所	〒 TEL（ ） －					
家 族	☐ なし ☐ あり ＊身元引受人には、番号に○をつける 1：名前（ ）続柄（ ）TEL（ ） 2：名前（ ）続柄（ ）TEL（ ）					
支援者・機関	☐ なし ☐ あり ＊ありの場合、機関名記載					

【119番通報時状況】

＝ お願い事項 ＝

- 1. 呼吸・脈がない場合は応急手当（心肺蘇生）を行ってください
- 2. 速やかな処置の実施のため、玄関の開錠・患者様の居場所の誘導をお願いします
- 3. 救急搬送の際の付き添い（事情のよくわかる方）をお願いします

発症の目撃	☐ はい（ 日 時 分頃） ☐ いいえ		
普段の状況を最後に確認した時期	日 時 分頃		
終末期の判断	☐ あり ☐ なし	DNAR（蘇生延命に関する拒否）の意思表示	☐ あり（本人・家族関係者） ☐ なし
日常生活 ●会話： ☐ 可能 ☐ 一部可能 ☐ 不可 ●歩行： ☐ 可能 ☐ 一部可能 ☐ 不可			
発症または発見時の状況や主訴・症状 ☐ 顔面蒼白 ☐ 吐気・嘔吐 ☐ 頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 発熱 ☐ 冷汗 ☐ けいれん ☐ 失禁 ☐ 呼吸苦 ☐ いびき呼吸 ☐ うまく話せない			
最後の食事	時 分頃	最近の摂取状況	☐ 減ってきた ☐ いつもと同じ

事前に情報をご記入ください： 年 月 日記載

別紙 1

＊追加修正などある場合は、この内容に手書き追記でも構いません。

【病歴等】

現在治療中の 病気・ケガ		既往歴
常用服用薬		アレルギー ☐ あり ☐ なし ()
かかりつけ 医療機関名		担当医師名

【入所中の対応者】

内 容	状 況	対応者氏名	具体的内容
面 会	☐ なし ☐ あり		
金銭管理	☐ 施設 ☐ 家族 ☐ 関係機関		
洗 濯	☐ 施設 ☐ 家族		
身の回り品の準備	☐ 施設 ☐ 家族		
本人以外の 重要意思決定者	☐ なし ☐ あり		

【ACP・意思決定支援情報】

本人が大切にしていること・希望など

【急変死亡時の対応】

☐ 家族対応 ☐ 行政対応 ☐ 後見人対応 ☐ その他	
--	--

【特記事項】