



救急隊への情報提供書

《事前記載事項》

ご利用者ごとに事前に記載をお願いします。

フリガナ氏名			年齢	歳	性別	男 ・ 女	
電話番号			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住所						□:施設に同じ	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ			既往歴(入院歴及び入院先、手術歴等)			
常用服用薬	処方箋等があればコピー添付可			アレルギー 有 ・ 無		詳細記入 (薬・食べもの)	
日常生活	会話	可能 ・ 一部可能 ・ 不能		歩行	可能 ・ 一部可能 ・ 不能		
認知機能	正常 ・ 軽 ・ 中 ・ 重			介護認定	要支援: 1 ・ 2		
				要介護: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		未認定	
DNAR(蘇生処置の拒否)の意思表示はありますか？				有(本人・家族関係者) ・ 無			
				関係者の続柄()			
DNAR(蘇生処置の拒否)に関する書類はありますか？				有 ・ 無	「有」の場合は用意し救急隊へ提示してください		
かかりつけ医療機関名							
フリガナ担当医師名				電話番号			
緊急連絡先(家族等)	フリガナ氏名			電話番号	①		
	住所				電話番号	②	
						続柄	
自由記載欄							

最終更新年月日 令和 年 月 日 ←定期的な更新をよろしくお願い致します。