

## 救急医療情報用紙

## 【基本情報】

ふりがな		性別	血液型	
本人氏名		男・女	型Rh( )・不明	
住所	京極町字	生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳
電話番号		携帯番号		
介護	<input type="checkbox"/> 介護認定(申請中・要支援 ・要介護 ) ケアマネ：			
	<input type="checkbox"/> 事業対象 担当者：			
障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 精神通院医療			

## 【医療情報】

かかりつけ 医療機関	<input type="checkbox"/> ひまわりクリニック <input type="checkbox"/> 羊蹄グリーン病院 <input type="checkbox"/> 倶知安厚生病院（主に 科）				
	<input type="checkbox"/> ニセコ脳神経外科 <input type="checkbox"/> さとう内科 <input type="checkbox"/> 白樺会内科クリニック				
	<input type="checkbox"/> くとさん外科胃腸科 <input type="checkbox"/> ニセコインターナショナルクリニック <input type="checkbox"/> あづま眼科				
現病	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 癌				
	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患				
既往・手術	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患（脳出血・脳梗塞等） <input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈・狭心症・心筋梗塞等）				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
特記事項	<input type="checkbox"/> アレルギー（食べ物： 薬剤： 造影剤）				
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 麻痺（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

## 【緊急連絡先】

ふりがな 氏名	①	②
続柄		
住所		
連絡先	日中： 夜間：	日中： 夜間：

救急隊、搬送先の医療機関、京極町社会福祉協議会、京極町が情報連携することに同意します

本人氏名

代筆者氏名

## 記入の仕方と注意事項

### 【基本情報について】

- ・血液型を調べたことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。
- ・介護認定を受けている方は「介護認定」に☑をし、介護度とケアマネジャーの名前を記載してください。認定は受けていないがサービス等を利用している事業対象者の方「事業対象」に☑をし、担当者の名前を記入してください。
- ・障害の各種手帳や精神通院医療の受給者証を所持している場合は該当するものに☑をしてください。

### 【医療情報について】

- ・かかりつけ医療機関に該当するものに☑をし、当てはまるものがない場合には空欄に医療機関名を記入してください。
- ・現病は現在かかっている病気です。該当する病名に☑をし、当てはまるものがない場合には空欄に病名を記入してください。
- ・既往手術は過去にかかった病気と手術です。該当する病名や手術に☑をし、当てはまるものがない場合は「その他」に記入してください。
- ・特記事項の該当するものに☑をし、具体的内容を記入してください。特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など病院との決めごとがある場合には「その他」に記入してください。

### 【緊急連絡先】

- ・緊急連絡先の方には、救急搬送時の判断や対応依頼のために救急隊や医療機関から連絡をすることがあります。出来る限りご家族や親戚等の記入をお願いします。当事業登録に際し、「もしもの備え」としてご家族と病気のことや急変時の対応等について話し合われてみてはいかがでしょうか。
- ・もし、身内の方がいない場合には役場健康推進課にご相談下さい。
- ・連絡先は、日中と夜間の両方の電話番号を記入してください。

### 【同意欄について】

- ・内容を読み、同意いただいた上でご本人が氏名を記入してください。本人の記入が困難な場合は代筆者が記入してください。

### 【搬送先の医療機関へお願い】

- ・この「救急医療情報用紙」をお持ちの患者様は、急変時の円滑な救急搬送を目的とした「京極町救急医療情報キット事業」に登録されている方です。今回の救急搬送における情報も、本用紙に追加されていくことが望まれます。そのため、患者様が退院される際には担当のケアマネや包括支援センター、担当者がいない場合には役場健康推進課まで退院連絡をお願い致します。

