

藤枝市立総合病院 宛 救命救急センター TEL 054-646-1119/FAX 054-646-1118

救急受診時の医療・介護情報用紙（患者情報） NO.1

※ 電話連絡後、救急受診申込書、紹介状(あれば)とともにFAXを願います。(原本持参)

作成日: 年 月 日 記載者サイン

患者氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
患者の住所				TEL
施設・事業所名				TEL
家族形態	独居・家族と同居()	家族の住所	TEL	
入所日または施設利用開始日	年 月 日	施設利用理由()		
利用中サービス	入所(老健・特養・)・ショートステイ・訪問看護・訪問介護・デイ・その他()			
介護保険	(有・無・申請中)	障害者手帳	(有・無)	
キーパーソン	氏名	続柄	TEL	
キーパーソンへの連絡	連絡済 ・ 来院可			
主治医	(配置・嘱託・外来かかりつけ)	病院名	TEL	
ケアマネジャー	事業所名	氏名	TEL	
要介護度	支援1・支援2 介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 認定時期()			
救急入院時の方針	積極的治療を希望(する・しない)・心停止または呼吸停止時は救命処置を希望(する・しない) (*1)NO.2に説明があります			
(*1) ON.2に 説明あり	救急入院時の方針に返答した方 (本人・家族・その他) 続柄:() 意思表示した方のサイン _____ 続柄:()			
身体状況	項目	状態	追記	
	移動	自立・歩行器・車いす・ベッド上・全介助		
	座位保持	できる・支えが必要・できない		
	階段昇降	できる・できない・介助が必要		
	食事	自立・介助・絶食	むせこみ(有・無)	
	食事形態	普通食・刻み食・ミキサー食・とろみ食		
	排泄	トイレに行ける・ポータブルトイレ・ベッド上	オムツ(有・無)	
	入浴保清	自立・一部介助・全介助		
	衣服着脱	自立・一部介助・全介助		
	四肢拘縮	有・無()		
	整容	自立(洗面・歯磨き・整髪・髭剃り) 部分介助またはできない		
体重減少	入所時よりも(有・無)			
認知症	自立・意思疎通困難・夜間徘徊・常に介護が必要・専門医の治療が必要			
既往歴	心臓病(心筋梗塞・弁膜症・不整脈) 脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) 高血圧症・糖尿病・腎病・肝病・精神疾患 手術歴() その他()			
医療処置	インシュリン注射・血糖測定・酸素投与・褥瘡・人工肛門・点滴・尿道バルーン・気切 その他()			

救急受診時の医療・介護情報用紙（患者情報） NO.2

当院救急外来受診時には、必ず電話連絡をお願いします。054-646-1119

お薬手帳があれば必ず持参してください。

		受診までの経過を記載してください
受診までの経過等	訴えは何か	
	どのような状況で どのような処置、治療を行ったか	
	かかりつけ医の診察を受けましたか (有・無)	
* 本人、家族の死の受け止め方について聞いたことを記載して下さい。		
* 例	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃より、積極的な治療は望んでいない話しをされていた。 ・一日でも長く生きて、孫の顔を見たいと言っていた。 ・特になにも聞いていない。 	
平成 年 月 日		記述者サイン
<p>・受診時、患者さんの状況がわかる方が必ず同行して下さい。</p>		

(*1) <救急入院時の方針>

救命処置とは、心停止の際には心マッサージ、呼吸停止の際は、人工呼吸を実施することを言います。