情報提供書

**（施設名 TEL　　　　　　　　　　　）　　　　記入年月日　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

更新年月日(※毎年必ず更新してください。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** |

**◆【事前記載事項】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | | **性別** | | **生年月日** | **明治大正昭和平成** | **年　　月 日** | **歳** |
| **氏名** |  | | | | **男 ・ 女** | |
| **住所** |  | | | | | | | | | |
| **ＡＤＬ**  **普段の状態** | **【会話】 可能 ・ 不可 ・ 一部可 ・ その他 （ ）**  **【歩行】 可能 ・ 不可 ・ 一部可（ 杖 ・車椅子 ） ・ その他 （ ）** | | | | | | | | | |
| **介護等** | **要支援 １ ・ ２ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **病 歴 等** | | | | | **服 薬** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **アレルギー** | **有 ・ 無**  **（ ）** | | **麻痺** | **無 ・ 有**  **（部位： 右手 ・ 右足 ・ 左手 ・ 左足 ・ その他（ ））** | | | | | | |
| **本人の**  **かかりつけ病院** | | **病院名　 ＴＥＬ　 医師名** | | | | | | | | |
| **入居施設の協力医療機関** | | **病院名　 ＴＥＬ　 医師名** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **キーパーソン** | | **氏名** | **続柄 （ ）** | | | | | | | |
| **住所等** | **ＴＥＬ** | | | | | | | |
| **緊急連絡先**  **（家族等）** | | **氏名** | **続柄 （ ）** | | | | | | | |
| **住所等** | **ＴＥＬ** | | | | | | | |
| **緊急連絡先**  **（家族等）** | | **氏名** | **続柄 （ ）** | | | | | | | |
| **住所等** | **ＴＥＬ** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **心肺停止時に心肺蘇生を望まない本人の意思があり**  **かかりつけ医と取り決めがある** | | | | | | **有 （書面 ・ 診療録等 ・ 口頭のみ） ・ 無** | | | | |
| **取り決め医療機関** | | **病院名 ＴＥＬ 医師名** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **救急隊・医療機関に伝えておきたいこと** | | | | | | | | | | |

上記の情報に間違いありません。救急隊が活用することに同意します。

記載者　　　　　 （ 本人 ・ 家族 ・ 施設職員 ）

※ 記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

**瀬戸市消防本部**