情報提供書

情報を更新した場合はその都度年月日を記入してください

**（施設名　デイサービス消防　　TEL　00-0000　　）　　記入年月日　　令和　６　年　７　月　７　日**

更新年月日(※毎年必ず更新してください。)

施設が住所になっている場合は、施設の住所をご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ｒ.６ /　　７/　　７** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** | **Ｒ. / /** |

**◆【事前記載事項】**

取り決めがあった場合でも、患者様が心肺停止状態の場合、救急隊はただちに心肺蘇生を開始します

患者様の治療方針等に決定権のある方の情報をご記入ください

入居施設が契約している関係医療機関の情報をご記入ください

日常的に通院している医療機関の情報をご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | **セト　　タロウ** | **性別** | **生年月日** | **明治大正昭和平成** | **１０年１２月１２日** | **８８歳** |
| **氏名** | **瀬戸　太郎** | **男 ・ 女** |
| **住所** | **瀬戸市苗場町１０１番地** |
| **ＡＤＬ****普段の状態** | **【会話】 可能 ・ 不可 ・ 一部可 ・ その他 （　発語困難・意思疎通可能 ）****【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** |
| **・脳梗塞****・心房細動****・高血圧** | **・バイアスピリン１００ｍｇ****・サンリズムカプセル５０ｍｇ****・アーチスト１０ｍｇ** |
| **アレルギー** | **有 ・ 無****（**ペニシリン系 **）** | **麻痺** | **無 ・ 有****（部位： 右手 ・ 右足 ・ 左手 ・ 左足 ・ その他（**右半身 **））** |
| **本人の****かかりつけ病院** | **病院名　せとクリニック ＴＥＬ　11-1111 医師名　　背戸　次郎** |
| **入居施設の協力医療機関** | **病院名　消防病院 ＴＥＬ　11-1119 医師名　　消防　太郎** |
|  |
| **キーパーソン** | **氏名** | **瀬戸　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 （　長女　）** |
| **住所等** | **瀬戸市追分町６４－１　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　33-3333** |
| **緊急連絡先****（家族等）** | **氏名** | **瀬戸　一朗　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 （　長男　）** |
| **住所等** | **瀬戸市品野町１丁目１９０番地の１　　　　ＴＥＬ　55-5555** |
| **緊急連絡先****（家族等）** | **氏名** | **瀬戸　次郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 （　次男　）** |
| **住所等** | **瀬戸市南山口町１４３番地　　　　　　　　　ＴＥＬ　66-6666** |
|  |
| **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　　せとクリニック ＴＥＬ　11-1111 医師名　背戸　次郎** |
|  |
| **救急隊・医療機関に伝えておきたいこと****例）キーパーソンの長女とは夜しか連絡が取れない。** |

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　　　　　　　救急　太郎 （ 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**