

救急受診患者情報共有シート

記載年月日 : 令和 年 月 日

ふりがな :		生年月日 : T S H R 年 月 日 ( 歳)	
患者氏名 :		性別	男 ・ 女
住所 :			
緊急連絡先 (TEL):		続柄	ふりがな :
連絡 : <input type="checkbox"/> 済み ( 時頃来院) <input type="checkbox"/> 未		( )	氏名 :
既往歴 :			
(コピーでも可)			
現病歴 (現在の状況)			
かかりつけ医 : <input type="checkbox"/> 有 ( )			
<input type="checkbox"/> 無			
内服薬 :			
(コピーでも可)			
<b>治療に対する本人の意向:</b> * 行ってほしい治療 (分かる範囲で構いません)			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1.心肺停止時の心肺蘇生 <input type="checkbox"/> 2.心肺停止時以外の気管挿管と人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 3.昇圧剤の使用 <input type="checkbox"/> 4.血液透析 <input type="checkbox"/> 5.その他 ( ) <input type="checkbox"/> 全て希望なし <input type="checkbox"/> 無 (不明)			
<b>治療に対する家族の意向:</b> * 行ってほしい治療 (分かる範囲で構いません)			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1.心肺停止時の心肺蘇生 <input type="checkbox"/> 2.心肺停止時以外の気管挿管と人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 3.昇圧剤の使用 <input type="checkbox"/> 4.血液透析 <input type="checkbox"/> 5.その他 ( ) <input type="checkbox"/> 全て希望なし <input type="checkbox"/> 無 (不明)			
意向確認年月日 : 令和 年 月 日		確認者	所属 氏名
入所施設名 :			
連絡先 :		当日担当者 :	

\* 必要な情報を得るために、普段関わりのある施設の方の同乗を可能な範囲でお願いします。  
 同乗が難しい場合は、上記の必要事項を記載頂き、救急隊員へお渡しください。  
 迅速に治療に繋げることを目的に、早い段階で詳細な情報を得る必要があります。  
 ご理解頂き、ご協力をお願い致します。

公立西知多総合病院 患者サポートセンター  
 連絡先: 0562-33-5500 内線: 21927