

作成年月日

年 月 日

## 医療情報等記入用紙

（保管上の注意）

キットの利用に際し、善良な管理のもとにキットを使用し、医療情報等記入用紙の記載内容の更新に努め、各ステッカーを所定の位置に貼付してください。

申請者 (対象者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名 (性別)	男 女		
	住所			
	電話番号		血液型	・ _____ 型 ・ 分からない

同居する親族の氏名	続柄	電話番号(携帯電話又は職場の電話等)
		(自宅・携帯・職場)

緊急連絡先の氏名	続柄	電話番号	住所

かかりつけの 医療機関名	①	②
科目・担当医		
所在地		
電話番号		
かかっている 病気の名前		
処方されている 薬の名前		

救急隊員への連絡事項（アレルギーなど）

同意欄	<p>私は、救急救命活動を行う目的のために、東京消防庁の救急隊がこの用紙と保管容器を冷蔵庫内から持ち出すことと、東京消防庁の救急隊又は搬送先の医療機関がこの用紙に記載されている個人情報を活用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身体情報	平常時の移動状況	<input type="checkbox"/> 自立 ( ) <input type="checkbox"/> 介助 ( )
	配慮が必要な事項 (具体的に使用している もの、症状等)	<input type="checkbox"/> 目が見えない ( ) <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない ( ) <input type="checkbox"/> 話すことができない ( ) <input type="checkbox"/> 意思伝達が難しい ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

支援者	指定居宅介護支援事業所 又は 地域包括支援センター	
	担当者 (ケアマネジャー)	
	電話番号	

※介護認定を受けている場合のみご記入ください

障害について	障害種類	<input type="checkbox"/> 身体 (障害種別 _____ ) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神

延命への希望	<b>救急隊・医療機関の方へ</b> 私は ( <input type="checkbox"/> できるだけ救命, 延命をしてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい (心肺蘇生は希望しない) <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )       )
	ことを希望します。 <b>※ご家族やかかりつけ医とよく話し合いをしてご記入ください。</b> <b>状況によってはご意向に沿えない場合もあります。</b> 代理意思決定者 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意欄	私は、救急救命活動を行う目的のために、東京消防庁の救急隊がこの用紙と保管容器を冷蔵庫内から持ち出すことと、東京消防庁の救急隊又は搬送先の医療機関がこの用紙に記載されている個人情報を活用することに同意します。 氏名 _____ (印)
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------