

救急搬送時の情報提供書

【自宅・介護施設】 → 【救急隊】 → 【医療機関】

ふりがな			年齢	才	性別	男・女
氏名			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所 現在生活している所				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 :		
緊急連絡先 1 (キーパーソン)	氏名		連絡先		患者との 続柄	
緊急連絡先 2	氏名		連絡先		患者との 続柄	
主病名						
病歴						処方
特記事項	アレルギー・感染症歴・その他					
救急搬送時における治療に関して	<input type="checkbox"/> 患者および家族よりDNARの意思が書面にて示されている					
かかりつけ医	医療機関					
	担当医師		連絡先			
介護担当者	介護施設					
	担当者		連絡先			
記載日	年	月	日	記載者	所属	氏名