

豊中市救急搬送時情報シート(2025ver)



※情報は、いつも<最新のもの>にしておいてください。令和 年 月 日作成 記入者

■本人に関する基本情報			
(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所		電話番号	
■連絡先の詳細情報 *連絡付きやすい方の優先順位で記入			
	氏名	住所	
①	(本人との関係) <input type="checkbox"/> キーパーソン	(電話)	
②	(本人との関係) <input type="checkbox"/> キーパーソン	(電話)	
③	(本人との関係) <input type="checkbox"/> キーパーソン	(電話)	
家族情報: 決定権を持つ人/ <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ 身元保証人/ <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ その他/()			
身寄り(親族・縁者) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		医療保険負担割合/ <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 公費	
同乗状況: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 不可の場合の対処方法:(連絡先:)(連絡方法:)			
来院要請時の特記事項: <input type="checkbox"/> 来院可 <input type="checkbox"/> 来院不可 ※どれくらいで到着できるか()			
■既往歴(今までにかかった大きな病気について入院歴や手術歴)			
■現病歴(現在治療中の病気・受診している医療機関等)かかりつけ順	病院名・〇〇科担当医師名・電話番号		現在の状況 (〇をつける)
①	(電話)		治療中 経過観察中
②	(電話)		治療中 経過観察中
③	(電話)		治療中 経過観察中
■アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *ありの場合、どんな症状があったか()			
※診療情報・内服情報(お薬手帳等)のコピー持参する			
■本人の価値観と希望			
人生会議(ACP)について <input type="checkbox"/> おこなった(実施年月日/))※詳細別紙準備	
代理意思決定者:		続柄()	
<input type="checkbox"/> 1日でも長く生きられるような治療を受けたい <input type="checkbox"/> 病気を治すことを目指してどんな治療も受けたい <input type="checkbox"/> 苦痛を和らげることやこれまでの暮らしを大切にしたい <input type="checkbox"/> その他()			

■今までの身体状況			
麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	発語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害
視覚	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 1m先可 <input type="checkbox"/> 目の前可 <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	意思疎通	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
聴覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きな声でOK <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		
義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯)	障害手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳
移動について		<input type="checkbox"/> 屋外歩行可 <input type="checkbox"/> 室内歩行可 <input type="checkbox"/> 介助にて移動可 <input type="checkbox"/> 端座位可 <input type="checkbox"/> 寝返り可	
食事について		平時： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事時のむせ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
排泄について		平時： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ等 <input type="checkbox"/> その他()	
■認知レベル			
認知症の周辺症状(BPSD) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()			
■その他特記事項			
●入院時の希望内容について ・積極的治療(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・入院部屋(<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室) ・本人の思い(<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 本人が話し合える状況にない) ・家族の思い(<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 不明) ・施設希望(<input type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 選定中) 入院希望(<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 緩和) <input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 不明			
●介護保険情報 ・要介護度認定(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
●ケアマネジャー・相談員、往診医、訪問薬局等の情報			
(事業所名)	(担当者)	(連絡先)	
■その他の特記事項(自由記載)			