

豊中市救急搬送時情報シート(2026ver)



※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) □キーパーソン	(電話)	
②	(本人との関係) □キーパーソン	(電話)	
③	(本人との関係) □キーパーソン	(電話)	
家族情報: 決定権を持つ人/ □① □② □③ 身元保証人/ □① □② □③ その他/()			
身寄り(親族・縁者) □あり □なし		医療保険負担割合/□1割 □2割 □3割 □公費	
同乗状況: □可 □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: □来院可 □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 (○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 □なし □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 □おこなった(実施年月日/) ※ACP 実施を行っている場合、詳細資料あれば添付			
代理意思決定者:		続柄()	
☐ 1 日でも長く生きられるような治療を受けたい ☐ 病気を治すことを目指してどんな治療も受けたい ☐ 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 ☐ その他()			

■今までの身体状況			
麻痺	☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢	発語	☐ 支障なし ☐ 失語症 ☐ 構音障害
視覚	☐ 支障なし ☐ 1m先可 ☐ 目の前可 ☐ ほぼ見えない	意思疎通	☐ 支障なし ☐ やや困難 ☐ 困難
聴覚	☐ 支障なし ☐ 大きな声なら聞こえる ☐ ほとんど聞こえない		
義歯	☐ あり ☐ なし (☐ 部分義歯 ☐ 総義歯)	障害手帳	☐ あり ☐ なし ☐ 申請中 ☐ ペースメーカー手帳
移動作について		☐ 屋外歩行可 ☐ 室内歩行可 ☐ 介助にて移動可 ☐ 端座位可 ☐ 寝返り可	
食事について		平時： ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食事時のむせ： ☐ あり ☐ なし
排泄について		平時： ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 紙おむつ等 ☐ その他()	
■認知レベル			
認知症の周辺症状(BPSD) ☐ なし ☐ あり()			
■その他特記事項			
●入院時の希望内容について ・積極的治療(☐ あり ☐ なし) ・入院部屋(☐ 大部屋 ☐ 個室) ・本人の思い(☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 迷っている ☐ 本人が話し合える状況にない) ・家族の思い(☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 迷っている ☐ 不明) ・施設希望(☐ 決定済 ☐ 選定中) 入院希望(☐ 病院 ☐ 緩和) ☐ 転院希望 ☐ 在宅希望 ☐ 検討中 ☐ 不明			
●介護保険情報 ・要介護度認定(☐ あり ☐ 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)	
(事業所名)	(担当者)	(連絡先)	
(事業所名)	(担当者)	(連絡先)	
(事業所名)	(担当者)	(連絡先)	
■その他の特記事項(自由記載)			