

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 作成日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 施設名 | | | | |
| 住所 | | | | |
| TEL | | | | |

健康情報提供票

| | | | | | | | |
|---------------|---------------|---|---|----|----|-----------------|---|
| 住所 | | | | | | | |
| ふりがな | | | | 性別 | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 年齢 | (令和 年 月 日 現在) | 歳 |
| 現在の施設 利用状況 | その他の場合の状況 () | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|-----|--|---------------|----|---|---|---|
| 現在治療中の疾患 または 最近発症した病気等 | | | | | ・アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (アレルゲン:) | | | | | |
| 現在服用中の薬 | <input type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の口に✓ | | | | | | | | | |
| ワクチン最終接種日 | インフルエンザワクチン | 令和 | 年 | 月 | 日 | 新型コロナウイルスワクチン | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 過去の病歴 | | | | | ・留置物 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (留置物) | | | | | |
| 掛かりつけ 医療機関 | | | | | | | | | | |
| (市民病院 診察券ID) | 蒲郡市民病院への受診歴 | <input type="checkbox"/> | 診察券ID | () | | | | | | |
| 指示への理解力・対応力 ・意思疎通について | | | | | | | | | | |
| ACP実施状況 | <input type="checkbox"/> ご本人の意思・希望・思い確認歴あり <確認内容> | | <input type="checkbox"/> ご本人の意思等確認歴なし | | | | | | | |
| 本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望 | <input type="checkbox"/> 希望あり | <input type="checkbox"/> 希望なし | <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | |
| 意思確認対象者 (上記の意思を表明した のは誰か) | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者 | (本人との関係性:) | | | | | | | | |

普段の生活

| | | | |
|----|---------------------|--------------|--|
| 会話 | 移動能力(障害高齢者の日常生活自立度) | | |
| 食事 | 食形態 | 食事摂取追加情報 () | |
| 排泄 | 介護認定 | その他伝達事項() | |

緊急連絡先

| | | | | | | |
|------|--|--|------|--|----|--|
| ふりがな | | | 電話番号 | | 続柄 | |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | |
| ふりがな | | | 電話番号 | | 続柄 | |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | |

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません。

※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。

【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】

作成日 令和 6 年 11 月 25 日

施設名 特別養護老人ホーム〇〇〇

住所 蒲郡市平田町向田1番地1

TEL 0533-66-2310

健康情報提供票

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------|------------------------------|---|
| 住所 | 蒲郡市平田町向田1番地1 | | | |
| ふりがな | がまごおり はなこ | | 性別 | 女 |
| 氏名 | 蒲郡 花子 | | | |
| 生年月日 | 昭和 11 年 1 月 1 日生 | 年齢 | 88 歳 (令和 6 年 11 月 6 日 現在) | |
| 現在の施設利用状況 | 入所・入居 | その他の利用状況 () | | |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 現在治療中の疾患 または 最近発症した病気等 | 1)高血圧症 2)脳梗塞後遺症(左不全麻痺) 3)脳血管性認知症 | ・アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (アレルギー: そば 甲殻類) |
| 現在服用中の薬 | <input checked="" type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の口 checked | |
| ワクチン最終接種日 | インフルエンザワクチン 令和 5 年 11 月 2 日 新型コロナウイルスワクチン 令和 5 年 11 月 2 日 | |
| 過去の病歴 | ・子宮がん(H10年子宮全摘出) ・左大腿骨頸部骨折(H29人工骨頭置換術) ・脳梗塞(R3年) | ・留置物 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (留置物: 左大腿骨頸部人工骨頭) |
| 掛かりつけ 医療機関 | 蒲郡市民病院 脳神経外科 | |
| (市民病院 診察券ID) | 蒲郡市民病院への受診歴 <input checked="" type="checkbox"/> | 診察券ID (00000000XX) |
| 指示への理解力・対応力 ・意思疎通について | 意思疎通可だが、理解力の低下あり、一つ一つの行動を具体的に指示する必要あり。 処置などの際は事前に説明すれば抵抗なし。 | |
| ACP実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> ご本人の意思・希望・思い確認歴あり <input type="checkbox"/> ご本人の意思等確認歴なし <確認内容> 難しいことはわからない。家族に聞いて欲しい。家族の負担にならないようにできるだけここで過ごしたい(ご家族も施設での看取りを希望) | |
| 本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input checked="" type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 意思確認対象者 (上記の意思を表明した のは誰か) | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄: 長男) <input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者 (本人との関係性:) | |

普段の生活

| | | | | |
|----|------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 会話 | 可 | 移動能力(障害高齢者の日常生活自立度) | B1 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う | |
| 食事 | 介助経口 | 食形態 | 一口大 | 食事摂取追加情報 (空間無視があり食事の際、食器のセッティングが必要) |
| 排泄 | 一部介助 | 介護認定 | 要介護3 | その他伝達事項(週に1回程度間に合わず失禁することがある) |

緊急連絡先

| | | | | | |
|------|-------------|------|--------------|----|----|
| ふりがな | がまごおり たろう | 電話番号 | 0533-66-2200 | 続柄 | 長男 |
| 氏名 | 蒲郡 太郎 | | | | |
| 住所 | 蒲郡市平田町向田1-2 | | | | |
| ふりがな | がまごおり はなみ | 電話番号 | 0533-66-2307 | 続柄 | 長女 |
| 氏名 | 蒲郡 花美 | | | | |
| 住所 | 蒲郡市平田町向田1-3 | | | | |

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません。

※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。

【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】