

○緊急時の医療情報連絡票

記載方法3

【基本情報】

作成日 令和6年12月18日

氏名 (フリガナ)	坂井太郎 (サカイ タロウ)					
生年月日	昭和43年 2月 5日	年齢	56 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
住所	福井県あわら市北潟2-9-27 TEL 090-7765-9988					
現在治療中の 病気	筋ジストロフィー症、高血圧、糖尿病					
既往歴	40歳代で高血圧、糖尿病を発症、50歳の時に大腸がんで人工肛門を造設している					
障害者手帳 の有無 (級)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (身体障害者手帳 1種 1級)	無	介護保険受 給の有無 (級)	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
基礎情報	身長	153 cm	体重	42 kg	血圧	120/84 mm hg
	体温	36.5 °C	脈拍	86回 / 分	SpO ₂	98 %
コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 口文字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 () <input type="checkbox"/> その他 () 具体的に記載 (Yes / No のサイン等)					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に :)					
主治医	医療機関名 (県立病院) 医師名 (山本士郎) 住所 (福井市四ツ井2-8-1) 電話 (0776-66-9876)					
その他の 特記事項						

コメントの追加 [1]: 手帳の種類、級数を記載

コメントの追加 [2]: 普段の値を記載

コメントの追加 [3]: かかりつけ医を記載

【ADL の状況】

移動	<input type="checkbox"/> 自立して歩行が可能 <input type="checkbox"/> 介助が必要（補助具を使用） <input type="checkbox"/> 寝たきり 【使用している歩行補助具】 車椅子 【具体的な介助方法】 1人介助で抱えるようにして移乗（下肢筋力の低下があり、立位保持ができない）
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【具体的な介助方法】
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯食 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input checked="" type="checkbox"/> その他（柔らかく煮たもの） 【食事形態の注意点】 嚥下障害あり、普段は介護食の弁当と妻が調理したものを摂取している
排泄	【排泄行動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【オムツの有無】 <input checked="" type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パットのみ使用 <input type="checkbox"/> オムツ 【具体的な介助方法】 ・排尿時は、尿瓶を使用 ・人工肛門の便破棄は、トイレの便座に座り、自身で可能

コメントの追加 [4]: ・経管栄養の場合は、全介助を☑する

・経管栄養をしているが経口摂取もしている場合には、経口摂取時の介助状況を記載

コメントの追加 [5]: 経管栄養のみの場合は記載不要

【医療情報】

人工呼吸器	<input checked="" type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸（NPPV） <input type="checkbox"/> 気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV） 機種名（ クリーンエア VELIA ） 会社名（ フクダライフテック社 ） 装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（ ） ※設定については、指示書等を添付
酸素	<input type="checkbox"/> あり（ ）L/分 <input checked="" type="checkbox"/> なし 使用時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）
気管切開	カニューレ製品名（ ） サイズ（ ID / OD ） カフ <input type="checkbox"/> 付き <input type="checkbox"/> なし カフ圧 / エア量（ ） ml
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内
栄養・水分	摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他（ ） チューブの種類とサイズ 種類（ ） サイズ（ Fr） 経腸栄養剤などの製品名（ ） 1日の総カロリー（ ） kcal 1日の水分量（ ） ml
排泄	<input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱・腎留置カテーテル（ Fr） <input checked="" type="checkbox"/> その他（人工肛門）

コメントの追加 [6]: 必要な医療処置がある項目のみを記載

コメントの追加 [7]: 自己導尿、膀胱・腎留置カテーテル以外のものは、その他に記載

■ 医療情報等に関する貼付・記載欄

【例】お薬手帳のコピーや医療・福祉用品の写真、使用方法等の注意事項など

年月日	お薬	服用法および注意事項など
平成28年7月10日	〇〇みどりさん 医療機関名:△△△眼科 保険医氏名:□□□先生	平成28年7月10日 〇〇みどりさんのお薬 医療機関名:△△△眼科 保険医氏名:□□□先生
[1]〇〇〇〇点眼液0.5% 効能・効果)抗菌薬 注意)使用前後に手をよく洗ってください 注意)あふれた液は、清潔な布などで拭いてください 1日4回 右眼	[1]〇〇〇〇点眼液0.5% 効能・効果)抗菌薬 注意)使用前後に手をよく洗ってください 注意)あふれた液は、清潔な布などで拭いてください 1日4回 右眼	5ml ×1調剤
[2]△△△△点眼液0.1% 効能・効果)目の消炎剤 注意)よく振ってから使用してください 1日4回 右眼	[2]△△△△点眼液0.1% 効能・効果)目の消炎剤 注意)よく振ってから使用してください 1日4回 右眼	5ml ×1調剤
○△□薬局 TEL06-XXXX-△△△△ 管理薬剤師 ○○○○ 大阪市中央区道修町 X-△-○	○△□薬局 TEL06-XXXX-△△△△ 管理薬剤師 ○○○○ 大阪市中央区道修町 X-△-○	

コメントの追加 [8]: 医療情報等について分かるものの写真等や、文章では分かりにくい事項についての図等について貼付・記載