**〇緊急時の医療情報連絡票**

様式３

**【 基本情報 】****作成日　　　　年　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 |  年　　　　月　　　　日 | 年　齢 | 歳 | 性　別 | □男性　□女性 |
| 住　所 | TEL  |
| 現在治療中の病気 |  |
| 既往歴 |  |
| 障害者手帳の有無（級） | 有　　　　・　　　無（　　手帳　　種 級　　） | 介護保険受給の有無（級） | 有　　　　・　　　無（　　　　　　 　　　　　　　　） |
| 基礎情報 | 身長 | cm  | 体重 | kg | 血圧 | /mm hg |
| 体温 | ℃  | 脈拍 | 回 / 分  | SpO2 | %  |
| コミュニケーション | □ 口話　　　□ 筆談　　　□ 文字盤　　□　口文字　　□ 意思伝達装置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ その他（　　　　　　　　　　　　）　具体的に記載（Yes / Noのサイン等） |
| アレルギー | □なし　　 　□あり（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主治医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）　　医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）電　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の特記事項 |  |

**【ADLの状況】**

|  |  |
| --- | --- |
| 移　動 | □　自立して歩行が可能□　介助が必要（補助具を使用）☐　寝たきり【使用している補助具】　【具体的な介助方法】 |
| 食　事 | □自立　　　　　　□セッティング介助　　　　　　□一部介助　　　　　　　□全介助【具体的な介助方法】 |
| 食事形態 | □普通食　　　　□軟飯食　　　　□きざみ食　　　　□ミキサー食　　　　　□全粥食　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　）【食事形態の注意点】 |
| 排　泄 | 【排泄行動】　 □自立　　　　　　　　　　□一部介助　　　　　　　　　　□全介助【オムツの有無】 □布パンツ　　　　　　　　□パットのみ使用　　　　　　　□オムツ【具体的な介助方法】 |

**【 医療情報 】**

|  |  |
| --- | --- |
| 人工呼吸器  | □ 非侵襲的人工呼吸（NPPV）　　　□ 気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV） 機種名（　　　　　　　             　）　　会社名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 装着時間｜　□ 24時間　　　□ 夜間のみ　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※設定については、指示書等を添付 |
| 酸　素 | □ あり　（　　　　）L / 分　　　　　　　　　　□ なし使用時間｜　□ 24時間 　□ 夜間のみ 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |
| 気管切開 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　 　　　　）　　　サイズ（　　　　　　 　　 ）カフ｜□ 付き　　　□ なし　　　　　　　カフ圧 / エア量（　　　　　　　　） ml |
| 吸　引 | □ 気管内　　　□ 鼻腔内　　　□ 口腔内　 |
| 栄養 ・ 水分 | 摂取方法｜□ 胃ろう　　　　□ 腸ろう　　　　　□ 経鼻　　　□ 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 | □ 自己導尿　 　□ 膀胱・腎留置カテーテル　（　　　　　 Fr　） 　□ その他（　　　 　　）　 |

**■** **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