**救　急　医　療　情　報**

本用紙はおおむね６５歳以上もしくは在宅医療の方を対象としています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **住　所** | 八王子市　　　　　　　町　　　　丁目　　　　　　番　　　　号 | |
| **ふりがな** |  | 年　　月　　日生　　　歳 |
| **氏　名** |  |
| **電話番号** | ０４２－　　　　－　　　　　　携帯　　　－　　　　－ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **現在治療している病気** | 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・整形外科・その他 | |
| **過去の病気等** |  | |
| **かかりつけ医①** | | **よく利用する高齢者施設等** |
| 医療機関名： | | 施設名： |
| 主治医名： | | 連絡先： |
| **かかりつけ医②** | | 担当者： |
| 医療機関名： | |  |
| 主治医名： | |  |

緊急連絡先（家族・親族・福祉関係者・ケアマネージャーなど）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続柄 | 住　　　所 | 電　話　番　号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

☆**もしもの時、医師に伝えたいことがあればチェックしてください。**

**□　できるだけ救命、延命をしてほしい**

**□　苦痛をやわらげる処置なら希望する**

**□　なるべく自然な状態で見守ってほしい**

**□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**救急安心シート**

**（救急医療情報）**

**八王子市高齢者**

**救急医療体制広域連絡会**

救急・安心シート活用法等

・緊急時に救急隊がこの救急・安心シートを活用することで、なるべくご希望の医療機関へ連絡し、迅速な病院搬送することを目的としています。

・救急医療情報を記入し、点線に添って折り、お薬手帳と共に保管してください。具合が悪くなった時にお役にたちます。

・お薬手帳ケースなどがない場合は、手帳にホチキス止め、のりづけするなど救急安心シートが落下及び紛失しないようにお願いします。

※誕生日などを機に、年１回くらい内容を見直ししてください。

②　　　　　　　　　　〈　やま折り　〉

1. 〈やま折り〉





**応急手当のやり方**



