年　　　月　　　日作成

**情　報　提　供　用　紙**

迅速な救急救命活動のため、記入にご協力をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 |  大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 年　齢 | 　　　　　歳 |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | かかりつけ医療機関① | かかりつけ医療機関② |
| 名　　　称 |  |  |
| 科目及び担当医 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬内容 | ※薬剤情報提供書などの写しを入れて下さい。 |
| 持病又は身体の様子 |  |
| アレルギー |  |
| DNAR | 心肺蘇生を希望しません　　　　　　　　　はい　　　　　　　　いいえ |

　　　　　　　　　　　　　**緊　急　連　絡　先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 続　　　柄 | 電話番号 | 住　　　所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　**注　意　事　項**

・記入より手当（処置）を優先してください。

・わかる範囲で記入してください。

・個人情報が含まれますので、保管管理には十分注意してください。

・使用後は返却または廃棄処分します。