

名古屋市医師会 在宅医療バックアップシステム

救急医療情報シート

(後方支援病院による急変時サポート)

記入日： 年 月 日

■かかりつけ医療機関

医療機関名：
緊急連絡先① 担当医名(フリガナ)： TEL：
緊急連絡先② 担当医名(フリガナ)： TEL：
住所：〒

■患者基本情報

フリガナ 氏名		TEL			
血液型	A・B・O・AB・不明 Rh(+ ・ -)	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
住所	〒				

■緊急連絡先

フリガナ ① 氏名		続柄		TEL	
フリガナ ② 氏名		続柄		TEL	

■キーパーソン

フリガナ 氏名		続柄		TEL	
------------	--	----	--	-----	--

■医療情報

主病名					
服薬内容					
特記事項 (アレルギー等)					
訪問看護 ステーション	事業所名	担当者(フリガナ)	TEL		

■介護情報

ケアマネジャー	事業所名	担当者(フリガナ)	TEL		

【主治医の先生へ】

「救急医療情報シート」は、救急搬送を前提とした情報共有シートとなります。
ご本人の意思やご家族の希望に沿って、ご対応くださいますようお願いいたします。

■センター記入欄 受理日： 年 月 日／担当者印：