

お名前

## 緊急時の医療情報連絡票

※この連絡票は、災害時等に始めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。  
緊急避難時に入院する等の時に役立ちます。医療機器の設定が変更された場合は、更新しましょう。

患者氏名				性別	男性・女性
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
住所	〒 (電話 )				
診断名					
合併症					
主治医	専門医	医療機関名： 医師名： (電話 )			
	かかりつけ医	医療機関名： 医師名： (電話 )			
今までの経緯	発症： 年 月		人工呼吸器装着： 年 月		
服薬中の薬	★薬局でもらう、薬の説明書をつけてもよい				
基礎情報	身長	cm	体重	kg	
	体温	℃	血圧	/ mmHg	
	脈拍	回/分	S p O <sub>2</sub>	%～ %	
コミュニケーション	会話 筆談 文字盤 意思伝達装置 その他 ( ) 具体的に記載 (Yes・No サイン等)				
医療処置情報					
人工呼吸器	機種名： <input type="checkbox"/> 気管切開で使用 (TPPV) <input type="checkbox"/> マスクで使用 (NPPV) <input type="checkbox"/> 量規定 (VCV) <input type="checkbox"/> 圧規定 (PCV) 換気モード 換気モード				
	1回換気量 ( ) ml		IPAP( ), EPAP( )		
	PS ( ), PEES ( )		換気圧( ), PS( ), PEES( )		
	呼吸回数 ( ) 回/分		呼吸回数 ( ) 回/分		
	吸気時間または吸気流量 ( )		吸気時間 ( )		
	人工呼吸器装着時間： <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	酸素使用 <input type="checkbox"/> あり ( ) L/分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他				
気管切開	カニューレ製品名 ( ) サイズ ( ) カフエア量 ( ) ml				
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 ※特記事項 ( )				
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう 製品名 ( ) サイズ ( ) 栄養剤商品名 ( ) 1日の総カロリー ( ) kcal				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> あり (サイズ ) <input type="checkbox"/> なし				
その他特記事項					
記入者	氏名			記入日： 年 月	