

救急搬送情報提供書

利用開始年月日 年 月

記入年月日 年 月

①利用者の情報

氏 名

生年月日 M.T.S.H 年 月 日生 (歳)

住 所

介護度 要介護 12345 認知症の有無 有 無

主治医 病院・医院 Dr

②家族連絡先 (2名記入)

※1家族氏名

住 所

電話番号

※2家族氏名

住 所

電話番号

③服薬情報

裏面にお薬手帳もしくは処方箋コピーを添付しています。

④急変時のご本人、ご家族の延命治療について

人工呼吸器の使用を希望する。人工呼吸器の使用を希望しない。

⑤その他の特記事項