

救急医療情報

住所	八王子市 町 丁目 番 号			
ふりがな			年齢	歳
氏名			(令和 年 月 日現在)	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
性別	男・女			
連絡先電話番号	042- - - -			

◇医療情報

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 ()		
過去に医師から言われた病気			
服用している薬			
かかりつけの病院	病院名:	※おおむね1年以内に受診歴のある病院	
	住所:	市・区	
	電話番号:		
もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい			
<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい			
<input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する			
<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
作成日	令和 年 月 日	更新日①	令和 年 月 日
更新日②	令和 年 月 日	更新日③	令和 年 月 日
更新日④	令和 年 月 日	更新日⑤	令和 年 月 日