

患者基本情報登録用紙(京都医師会)

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関	
担当医	

フリガナ			性別	生年月日		
患者氏名			男 女	□明治□大正		
				□昭和□平成 年 月 日(歳)		
保険証	記号		番号			
身体障害者	□1級 □2級 □3級 □4級 □5級 □6級 □7級 □なし □不明					
介護保険	要支援	□1 □2		□申請中	□なし	□不明
	要介護	□1 □2 □3 □4 □5				
住所	□自宅 □入所施設(
	郵便番号					
	市、郡		区 町		丁目 番 号	
自宅連絡先	Tel					
緊急時連絡先	①Tel			続柄	□家族 □知人	
	②Tel			続柄	□家族 □知人	
	③Tel			続柄	□家族 □知人	
緊急時希望紹介先病院	①			TEL		
	②			TEL		
	□どちらでもよい					
主な病名	病名①			病名④		
	病名②			病名⑤		
	病名③			病名⑥		
	その他の病名					
治療方針・備考	□心肺蘇生を行わない □気管内挿管はしない □胃瘻はしない					
	その他の治療方針・備考					
処方				禁忌薬		
アレルギー	□ヨード □食物() □喘息 □金属() □その他() □不明					
現在の医療・処置	□ペースメーカー □ストーマ □透析療法 □胃瘻 □気管切開 □人工呼吸器					
	□その他() □不明					
承諾(本人または家族のサイン)						