

エンディングノート

緊急時に伝えたい事



名前

緊急時に伝えて欲しい家族や親戚などの連絡先

記載年月日 年 月 日

■連絡先 優先順位(1)

名前		間柄	
電話番号		携帯番号	
住所			

■連絡先 優先順位(2)

名前		間柄	
電話番号		携帯番号	
住所			

■連絡先 優先順位(3)

名前		間柄	
電話番号		携帯番号	
住所			

■あなたの情報

記載年月日 年 月 日

名前		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
身体 の 状況	身長 cm	体重 kg	血圧 最低 最高
	麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無()		認知症 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	視覚・聴覚障害 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無()		インスリン <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	言語障害 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無()		人工透析 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
備考			

処方薬・薬手帳の保管場所

記載年月日 年 月 日

--

治療に際して注意すべきこと

記載年月日 年 月 日

血液型	型 (RH <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -)
持病	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (内容:)
常用薬	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (内容:)
重大な既往症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (内容:)
臓器提供の意思表示	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (内容:)

アレルギー体質について

記載年月日 年 月 日

アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
内容	食物： その他：

薬の副作用について

記載年月日 年 月 日

薬の副作用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
内容	薬物：

かかりつけの医療機関

記載年月日 年 月 日

病院名		科名	
担当医師名			
住所			
連絡先			

健康保険証などの保管場所

記載年月日 年 月 日

健康保険証	種類	
	記号	
	番号	
介護保険証	番号	
保管場所		

■病歴について

持病・現在治療中の病気

記載年月日 年 月 日

病名	発症年月	病院名	担当医師	常用薬

医療費を預金から引出す時の預金口座	預金口座	銀行 口座番号： (預金)	支店
	通帳の保管場所		
	届出印の保管場所		
	備考		
年金に関する情報	基礎年金番号		
	年金の振替口座	銀行 口座番号： (預金)	支店
	年金手帳の 保管場所		
	届出印の保管場所		
	備考		
備考 ※医療費の支払いについて			

■各種保険について

記載年月日 年 月 日

保険会社名		担当者	
保険の種類		契約者	
契約内容		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日

保険会社名		担当者	
保険の種類		契約者	
契約内容		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日

保険会社名		担当者	
保険の種類		契約者	
契約内容		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日

保険会社名		担当者	
保険の種類		契約者	
契約内容		受取人	
証券番号		対象者	
証書の保管場所		保険満期日	年 月 日

■緊急用バックの用意

記載年月日

年

月

日

※必要なモノをカバンにしまっていつでも持出せるようにします。

カバンの置き場所

入院時に持っていききたいものチェックリスト

名 前	必要・不要	緊急用鞆に入っているか？	保管場所
保険証のコピー	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
診察券	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
印鑑	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
筆記用具	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
財布（現金）	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
パジャマ 3～4 着	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
靴下 3～4 着	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
バスタオル 2 枚	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
フェイスタオル 5 枚	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
スリッパ	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
お箸、スプーン	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ティッシュボックス	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
魔法瓶水筒	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
割れないコップ	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
歯磨きセット	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
下着 3～4 着	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
洗顔料	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
シャンプー&リンス	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ボディシャンプー	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
からだ用スポンジ	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ひげそり(男性)	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
クシ、髪留め(女性)	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ガウンやパーカー	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ふきん	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ビニール袋 4～5 枚	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
普段着 1～2 着	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
携帯電話	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
携帯の充電器	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ウェットティッシュ	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
綿棒	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
耳栓	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
ハサミ	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	
洗濯ばさみ 2～3 個	<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入れた <input type="checkbox"/> まだ	