

VIAL OF LIFE

(VIAL OF LIFE)



資訊和援助
1-800-339-4661

更新

____ / ____ / ____

姓名 _____
(Name)

目盲
(Blind)

耳聾
(Deaf)

阿爾茨海默病或相關失智
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

地址 _____ 城市 _____ 郵遞區號 _____
(Address) (City) (Zip code)

電話號碼 _____ 男 女 出生日期 _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

社保號 (最後四位數字) _____
(Social Security Number (last four digits))

Medicare 編號 (最後四位數字) _____
(Medicare Number (last four digits))

其他保險 _____ 保單號碼 _____
(Other Insurance) (Policy Number)

您是否有提前醫療保健指示? _____ 是 否
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

如果是, 在哪裡 _____ 代理人 _____ 電話號碼 _____
(If yes, location) (Agent) (Phone)

您是否有「不進行心肺復甦指令」 _____ 是 否
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

註冊參加了郡長的「Take Me Home (帶我回家)」計劃? _____ 是 否
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

緊急聯絡人 (EMERGENCY CONTACTS)

姓名 _____ 關係 _____ 電話號碼和電子郵件 _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

姓名 _____ 關係 _____ 電話號碼和電子郵件 _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

護理人員 _____ 電話號碼和電子郵件 _____
(Caregiver) (Phone #)

神職人員 _____ 電話號碼和電子郵件 _____
(Clergy) (Phone #)

寵物資訊 名字和種類 _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

獸醫 _____ 電話號碼 _____
(Veterinarian) (Phone #)

醫療資訊 (MEDICAL INFORMATION)

主治醫生 _____ 電話號碼 _____
(Primary Doctor) (Phone #)

第二醫生 _____ 電話號碼 _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

醫院 _____ 電話號碼 _____
(Hospital) (Phone #)

身高 _____ 體重 _____ 血型 _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

正常血壓 _____
(Normal Blood Pressure)

藥物或食物方面的過敏情況 _____
(Allergies to drugs or foods)

請列出任何適用的醫療狀況 (例如: 心臟病、糖尿病、高血壓、中風) _____
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

手術 (類型和日期)
(Surgeries (type and date))

您是否?

(Do you?)

戴假牙? (Wear dentures?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	戴眼鏡? (Wear glasses?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)
戴隱形眼鏡? (Wear contacts?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	使用氧氣? (Use Oxygen?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)
戴助聽器? (Wear hearing aids?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	坐輪椅? (Wheelchair?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)

其他重要的緊急資訊
(Other Important Emergency Information)

免疫接種
(Immunizations)

您在哪裡存放藥物?
(Where do you keep your medications?)

藥物 (MEDICATIONS)

(處方藥、非處方藥、維生素和草藥補充劑)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)

請用一種應急醫療人員易於閱讀的方式記錄所有資訊。