バイアルオブライフ
(VIAL OF LIFE)

元気に生きよう
サンディエゴ
LIVEWELLSD.ORG

情報およびサポート
1-800-339-4661
更新日
____/____/____

名前 _____
(Name)

☐ 視覚障がい (Blind)　☐ 聴覚障がい (Deaf)　☐ アルツハイマー病または関連する認知症 (Alzheimer's Disease or Related Dementia)

住所 _____ (Address)　市 _____ (City)　郵便番号 _____ (Zip code)

電話番号 _____ (Phone #)　男性 ☐ (Male)　女性 ☐ (Female)　生年月日 _____ (Date of Birth)

社会保障番号（最後の4桁） _____
(Social Security Number (last four digits))

メディケア番号（最後の4桁） _____
Medicare Number (last four digits))

他の保険 _____ (Other Insurance)　保険証券番号 _____ (Policy Number)

医療に関する事前指示書がありますか？
(Do you have an Advance Health Care Directive?)　はい ☐ (Yes)　いいえ ☐ (No)

ある場合は、その所在地 (If yes, location) _____　代理店 (Agent) _____　電話番号 (Phone) _____

「蘇生処置拒否指示」はありますか？
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?)　はい ☐ (Yes)　いいえ ☐ (No)

保安官による「帰宅指示」が出ていますか？
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?)　はい ☐ (Yes)　いいえ ☐ (No)

非常時の連絡先 (EMERGENCY CONTACTS)

名前 (Name)	関係 (Relationship)	電話番号およびメールアドレス (Phone #, E-mail)
名前 (Name)	関係 (Relationship)	電話番号およびメールアドレス (Phone #, E-mail)

介護者 (Caregiver) _____　電話番号およびメールアドレス (Phone #) _____

聖職者 (Clergy) _____　電話番号およびメールアドレス (Phone #) _____

ペットの情報 (PET'S INFORMATION)

名前と種類 (Name & Type) _____

獣医 (Veterinarian) _____　電話番号 (Phone #) _____

医療情報 (MEDICAL INFORMATION)

医療情報 (Primary Doctor) _____　電話番号 (Phone #) _____

副主治医 (Secondary Doctor) _____　電話番号 (Phone #) _____

病院 (Hospital) _____　電話番号 (Phone #) _____

身長 (Height) _____　体重 (Weight) _____　血液型 (Blood Type) _____

普段の血圧 (Normal Bood Pressure) _____

薬物や食物へのアレルギー (Allergies to drugs or foods) _____

該当する疾患を一覧にしてください（例として、心臓病、糖尿病、高血圧、脳梗塞など）
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

手術（種類と日付）
(Surgeries (type and date))

以下に該当しますか？
(Do you?)

入れ歯は入っていますか？ (Wear dentures?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐	眼鏡を使用していますか？ (Wear glasses?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐
コンタクトレンズを装着していますか？ (Wear contacts?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐	酸素吸入器を使用していますか？ (Use Oxygen?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐
補聴器を使用していますか？ (Wear hearing aids?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐	車いすを使用していますか？ (Wheelchair?)	はい (Yes) ☐	いいえ (No) ☐

他の重要な緊急事態発生時の情報
(Other Important Emergency Information)

予防接種
(Immunizations)

薬の置き場所はどこですか？
(Where do you keep your medications?)

薬 (MEDICATIONS)
（処方薬、市販薬、ビタミン剤、ハーブ系サプリメント）
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplelments)

名前 (Name)	使用量、頻度 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)

救急医療スタッフが読みやすいようにすべての情報を記載してください。
(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)