

バイアルオブライフ

(VIAL OF LIFE)



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

電話番号 _____ 男性 女性 生年月日 _____
(Phone #) (Male) (Female) (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 _____ 保険証券番号 _____
(Other Insurance) (Policy Number)

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

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

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

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

非常時の連絡先 (EMERGENCY CONTACTS)

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

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

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

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

ペットの情報 名前と種類 _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

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

医療情報 (MEDICAL INFORMATION)

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

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

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

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

普段の血圧 _____
(Normal Blood 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 いいえ
(Yes) (No)

眼鏡を使用していますか？

(Wear glasses?)

はい いいえ
(Yes) (No)

コンタクトレンズを装着していますか？

(Wear contacts?)

はい いいえ
(Yes) (No)

酸素吸入器を使用していますか？

(Use Oxygen?)

はい いいえ
(Yes) (No)

補聴器を使用していますか？

(Wear hearing aids?)

はい いいえ
(Yes) (No)

車いすを使用していますか？

(Wheelchair?)

はい いいえ
(Yes) (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 Supplements)

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