

予定外受診時のお願い

名前：

生年月日：

主治医記入欄(ご協力をお願いいたします)

この患者さんの管理について不明点がある場合はこちらに連絡してください。

診断名

急性発作の可能性がある**先天代謝異常症**です。
体調のちょっとした不調が急速に悪化して以下のような状態を引き起こすことがあるため、**受診時の状態が一見保たれているようであっても、重症化を防ぐために速やかな医療処置が必要です。**

注意を
要する事項

医療機関
連絡先

救急対応した医療者が不明点を問い合わせることがあります。確実に連絡がとれるよう、できるだけ**第2連絡先**まで記載をお願いいたします。

①

②

服用薬

有・無

アレルギー/
禁忌薬

有・無

該当事項にチェックをお願いいたします。

- ☐ 低血糖の兆候にご注意を▶ 蒼白、傾眠、痙攣、意識障害等
- ☐ 横紋筋融解症の兆候にご注意を▶ 筋痛、筋力低下、赤褐色尿等
- ☐ 発熱、嘔吐、下痢、身体的ストレス時には、輸液管理や入院加療等の必要があります。
- ☐ すぐに帰宅させず、症状の経過を確認してください。患者の食欲や家族の状況を確認し、在宅でのモニタリングやケアを継続できることを確認してください。
- ☐ 緊急時の検査・治療の概要につきましては紹介状をご確認ください。
- ☐ その他：

緊急受診カード

治療中の病気があり、緊急対処が必要な場合があります。

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	血液型	
住所	〒		
既往歴・ 治療中の 病気			
服用中の お薬	有・無		
アレルギー	有・無		
伝えたい こと			

かかりつけ 医療機関	病院名	
	主治医名	
	電話番号	

緊急 連絡先	①	氏名/続柄	続柄()
		電話番号	
	②	氏名/続柄	続柄()
		電話番号	