※この用紙に記入しないでください

医師意見書

かかりつけ医　様

高齢者救急通報システム事業利用のため、下記のご判断をお願いします。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

慢性疾患（該当の番号に〇をしてください）

⑴　一過性脳虚血発作を繰り返す、脳動脈瘤がある等の理由から、脳梗塞や脳出血を発症する危険が高い。

⑵　虚血性心疾患や心不全、動脈瘤等の循環器疾患を有する。
※ペースメーカー装着者はペンダント送信機の使用が可能であること。

⑶　糖尿病のインスリン治療中であり、過去に低血糖発作による意識障害を起こしたことがある。またはその危険が高い。

⑷　てんかんの持病がある。

⑸　その他、病状の急変によって生命の危険や障害が残ることが予想される疾患、または急激な出血や痛み、重度の呼吸障害が生じる恐れのある疾患を有している。　（病名　　）

この事業内容を理解し、上記疾患により、日常生活において常時注意を要することを認めます。

令和　　年　　月　　日

病院名

住所

電話番号

医師名

文京区高齢者救急通報システム事業内容

区内在住のおおむね 65 歳以上で慢性疾患があるなどの理由により、常時注意を要するひとり暮らし等の方が、家庭内で病気（発作）などの救急事態に陥った時、ペンダント等のボタンを押すことで民間の受信センターを経由して東京消防庁に通報し、速やかな救援を行います。

見本