

医疗应急包核对清单

文件类

- 病史文件（已包含）
- 身份证件复印件：驾照等
- 医保卡复印件
- 预立医疗指示或授权委托书复印件
- 宠物照料信息文件（已包含）

舒适用品

- 假牙收纳盒
- 辅助器具（如需要）
- 喜爱的书籍
- 拼字游戏、数独、益智游戏
- 手机/iPad/平板电脑和充电器
- 纸笔
- 亲人照片
- 家中常用舒适物品
- 防滑拖鞋/一脚蹬便鞋

备用物品

- 备用上衣、裤子及内衣
- 备用家门钥匙
- 备用助听器及电池
- 备用眼镜或隐形眼镜
- 特殊食品（如适用）
- 可重复使用水杯



可打印包挂条

打印后用剪刀剪下，
系在医疗应急包上。



归属于： _____



医疗应急包



内含重要医疗必需品，随身携带



归属于： _____



医疗应急包



内含重要医疗必需品，随身携带



归属于： _____



医疗应急包



内含重要医疗必需品，随身携带

病史文件

患者信息		常用语言:		
姓名:		出生日期:		性别:
地址			电话	
紧急联系人 #1				
姓名		关系		电话
紧急联系人 #2				
姓名		关系		电话
紧急联系人 #3				
姓名		关系		电话
保险信息				
保险公司			保单号	
个人病史 (勾选所有适用项)				
<input type="checkbox"/> 无已知病史 <input type="checkbox"/> 过敏 (药物、食物、环境) <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 焦虑 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 输血史 <input type="checkbox"/> 癌症 (请具体说明.....) <input type="checkbox"/> 充血性心力衰竭 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病/肺气肿 <input type="checkbox"/> 抑郁症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (1型/2型) <input type="checkbox"/> 癫痫/抽搐 <input type="checkbox"/> 胃食管反流病 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 痛风		<input type="checkbox"/> 心脏病发作/心脏病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒/艾滋病 <input type="checkbox"/> 肾病/肾结石 <input type="checkbox"/> 肝病/肝炎 <input type="checkbox"/> 偏头痛 <input type="checkbox"/> 骨质疏松 <input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> 物质滥用 (酒精/毒品) <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 (甲减/甲亢) <input type="checkbox"/> 结核病 <input type="checkbox"/> 溃疡		
其他医疗问题:				
治疗/用药				
药品名称	剂量	频次	用途	备注

治疗/用药				
药品名称	剂量	频次	用途	备注
饮食限制:			过敏史:	
家族病史 (勾选所有适用项)				
<input type="checkbox"/> 无已知家族病史 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高血脂			<input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 <input type="checkbox"/> 肾病 <input type="checkbox"/> 心理健康问题 (抑郁、焦虑等) <input type="checkbox"/> 自身免疫性疾病 <input type="checkbox"/> 其他:	
初级保健提供者 (PCP) 姓名: PCP 电话号码和地址:			其他健康信息:	
手术/医疗程序史 (注明日期):				
药房名称: 药房电话号码: 药房地址:				

此页用于填写需告知医护团队的其他重要患者信息：

宠物照料信息

宠物名称：		 <p>在此处添加宠物的照片</p>
性别：	年龄：	
品种：		
颜色：		

喂食信息

请在下面填写宠物相关喂食信息。包括食物品牌、喂食量及频次。

如厕信息

请在下面填写宠物如厕相关信息。

补充信息

请在下面填写宠物其他信息，如户外活动时间、用药信息、兽医信息（姓名、地址、电话）。

宠物照料联系人及电话：


