

# VIAL OF LIFE

(VIAL OF LIFE)



資訊和援助  
1-800-339-4661

更新

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_  
(Name)

目盲  
(Blind)

耳聾  
(Deaf)

阿爾茨海默病或相關失智  
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (Zip code)

電話號碼 \_\_\_\_\_ 男  女  出生日期 \_\_\_\_\_  
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

社保號 (最後四位數字) \_\_\_\_\_  
(Social Security Number (last four digits))

Medicare 編號 (最後四位數字) \_\_\_\_\_  
(Medicare Number (last four digits))

其他保險 \_\_\_\_\_ 保單號碼 \_\_\_\_\_  
(Other Insurance) (Policy Number)

您是否有提前醫療保健指示? \_\_\_\_\_ 是  否   
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

如果是, 在哪裡 \_\_\_\_\_ 代理人 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
(If yes, location) (Agent) (Phone)

您是否有「不進行心肺復甦指令」 \_\_\_\_\_ 是  否   
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

註冊參加了郡長的「Take Me Home (帶我回家)」計劃? \_\_\_\_\_ 是  否   
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

## 緊急聯絡人 (EMERGENCY CONTACTS)

姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_ 電話號碼和電子郵件 \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_ 電話號碼和電子郵件 \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

護理人員 \_\_\_\_\_ 電話號碼和電子郵件 \_\_\_\_\_  
(Caregiver) (Phone #)

神職人員 \_\_\_\_\_ 電話號碼和電子郵件 \_\_\_\_\_  
(Clergy) (Phone #)

寵物資訊 名字和種類 \_\_\_\_\_  
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

獸醫 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
(Veterinarian) (Phone #)

## 醫療資訊 (MEDICAL INFORMATION)

主治醫生 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
(Primary Doctor) (Phone #)

第二醫生 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
(Secondary Doctor) (Phone #)

醫院 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
(Hospital) (Phone #)

身高 \_\_\_\_\_ 體重 \_\_\_\_\_ 血型 \_\_\_\_\_  
(Height) (Weight) (Blood Type)

正常血壓 \_\_\_\_\_  
(Normal Blood Pressure)

藥物或食物方面的過敏情況 \_\_\_\_\_  
(Allergies to drugs or foods)

請列出任何適用的醫療狀況 (例如: 心臟病、糖尿病、高血壓、中風) \_\_\_\_\_  
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

**手術 (類型和日期)**  
(Surgeries (type and date))

---

---

**您是否?**

(Do you?)

戴假牙? 是  否   
(Wear dentures?) (Yes) (No)

戴隱形眼鏡? 是  否   
(Wear contacts?) (Yes) (No)

戴助聽器? 是  否   
(Wear hearing aids?) (Yes) (No)

戴眼鏡? 是  否   
(Wear glasses?) (Yes) (No)

使用氧氣? 是  否   
(Use Oxygen?) (Yes) (No)

坐輪椅? 是  否   
(Wheelchair?) (Yes) (No)

**其他重要的緊急資訊**

(Other Important Emergency Information)

---

---

**免疫接種**

(Immunizations)

---

---

**您在哪裡存放藥物?**

(Where do you keep your medications?)

---

---

**藥物 (MEDICATIONS)**

(處方藥、非處方藥、維生素和草藥補充劑)

(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)
名稱 (Name)	劑量-頻率 (Dose-Freq)	目的 (Purpose)

請用一種應急醫療人員易於閱讀的方式記錄所有資訊。