

救急医療情報シート

(年 月 日作成)

(年 月 日変更)

私は、救急医療情報キット（保管容器）の中に入っている情報を救急隊と医療機関が救急医療に活用することに同意します。

1 本人情報

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
住所	伊豆の国市		電話番号		
血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型 Rh (+ ・ -)、不明				

2 かかりつけ医療機関等

	医療機関名称	科目及び担当医
かかりつけ医療機関等①		
かかりつけ医療機関等②		
かかりつけ医療機関等③		
治療中の病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他()	
内服薬の有無	あり・なし	※お薬の説明書、お薬手帳などの写しを同封してください。

3 緊急時の連絡先

	(ふりがな) 緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
1				
2				
3				

※ 電話番号欄には、携帯電話の番号もお書きください。

(裏面もご記入ください。)

4 区分 ①②該当するものに記載をお願いします。

①介護認定	なし・事業対象者・要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
ケアマネジャー がいるとき	事業所名	担当者名	電話番号
②障害者手帳等	なし・身体障害者手帳(____級) ※障害の種別(_____) ・精神障害者保健福祉手帳(____級) ・療育手帳(____)		
障害相談 支援事業所	事業所名	担当者名	電話番号

5 同封した書類(コピー可)

<input type="checkbox"/> 後期高齢者被保険者証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> お薬の説明書・お薬手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他(_____)

6 自由記載欄

救急隊への 伝言等	(例) 人工透析治療中、ペースメーカー使用、麻痺等の有無、 エンディングノート作成の有無、アレルギーの有無など
--------------	--

救急医療情報キット利用について

- 1 所定の位置(住居入口及び冷蔵庫)にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所(冷蔵庫)に救急医療情報キットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があります。
- 2 救急医療情報キットについては、本人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。また、冷蔵庫を開けた際に、冷蔵庫の中の食品等が飛び出すなどし、損害を与えた場合、責任を負いかねます。
- 3 救急医療情報キットは、救急隊が救急医療活動に必要な場合に活用するため、持ち出すことがあります。また、救急隊が不必要と判断したときは、救急医療情報キットを活用しない場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があります。

記入例

救急医療情報シート

(2018 (平成30年) 年 12月 5日作成)

(2019 (令和元) 年 8月 10日変更)

西暦、和暦どちらかに統一して作成(変更)日を記入してください。

私は、救急医療情報キット(保管容器)の中に入っている情報を救急隊と医療機関が救急医療に活用することに同意します。

対象者の氏名・生年月日・住所・電話番号・血液型を記入してください。

1 本人情報

ふりがな氏名	伊豆の国 花子	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	42年 6月 19日
住所	伊豆の国市 長岡 111-111	電話番号	055-〇〇〇-△△△△ 090-××××-□□□□		
血液型	A・B・O・AB型 Rh(+・-)、不明				

2 かかりつけ医療機関等

	医療機関名称	科目及び担当医
かかりつけ医療機関等①	〇〇病院	〇〇先生
かかりつけ医療機関等②	△△医院	
かかりつけ医療機関等③		
治療中の病名	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(白内障)	
内服薬の有無	あり・なし	※お薬の説明書、お薬手帳などの写しを同封してください。

かかりつけ医療機関の名前・担当科目・担当医を3つ以内で記入してください。(主に通っている医療機関)

3 緊急時の連絡先

	(ふりがな) 緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
1	しずおか 一郎 静岡 一郎	長男	090-××××-×××× 054-△△△-●×●×	静岡市葵区……
2	いず じろう 伊豆 次郎	次男	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 03-××××-●●●●	東京都千代田区……
3				

緊急時の連絡先を最大3人まで、記入してください。(親類・近所の方・友人・民生委員など)

※ 電話番号欄には、携帯電話の番号

(裏面もご記入ください。)

介護認定をされている場合・障害者手帳等を持っているまたは、障がい福祉サービスを利用している場合は記入してください。

4 区分 ①②該当するものに記載をお願いします

①介護認定	なし・事業対象者・要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
ケアマネジャー がいるとき	事業所名	担当者名	電話番号
	○△×□	伊豆 太郎さん	055-×××-××××
②障害者手帳等	なし・身体障害者手帳(____級) ※障害の種別(_____) ・精神障害者保健福祉手帳(____級) ・療育手帳(____)		
障害相談 支援事業所	事業所名	担当者名	電話番号

5 同封した書類(コピー可)

後期高齢者被保険者証
 診察券
 お薬の説明書・お薬手帳
 障害者手帳等
 健康保険証
 その他(**介護保険被保険者証**)

6 自由記載欄

救急隊への 伝言等	<p>(例) 人工透析治療中、ペースメーカー使用、麻痺等の有無、エンディングノート作成の有無、アレルギーの有無など</p> <p>①特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合等についてや病院との取り決めごとがあるようでしたら記載してください</p> <p>②救急隊員に搬送時など注意してほしいこと等ある場合は記載してください</p> <p>③緊急連絡先についての補足事項等ありましたら記載してください</p>
--------------	--

救急医療情報キット利用について

- 1 所定の位置(住居入口及び冷蔵庫)にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所(冷蔵庫)に救急医療情報キットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があります。
- 2 救急医療情報キットについては、本人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。また、冷蔵庫を開けた際に、冷蔵庫の中の食品等が飛び出すなどし、損害を与えた場合、責任を負いかねます。
- 3 救急医療情報キットは、救急隊が救急医療活動に必要な場合に活用するため、持ち出すことがあります。また、救急隊が不必要と判断したときは、救急医療情報キットを活用しない場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があります。