

皆さま

川和地区連合町内会  
そなえマップ委員会  
川和連合ふれあいたい  
川和地区民生児童委員協議会

## 救急隊への「情報提供用紙」の配付について

高齢化もしくは日中、または夜間ひとり暮らしのため、救急隊が到着しても本人の確認や入院等の同意が取れないため、時間を経過することが発生しております。川和地区連合町内会では都筑消防署と用紙内容/保管場所（冷蔵庫内とした）を確認して、速やかに対応できるように、救急隊への情報提供用紙を作成しましたので配布します。その使い方は次のとおりです。

※ 下記の\*①～③までを、容器に入れた『医療情報キット』を冷蔵庫の中で、救助隊に発見しやすい場所に保管してください。

### \*①必要事項を記入した救急隊への情報提供用紙

（一般用（お子様を含めた方）と要援護者用（おおむね65歳以上の方）があります）

- ◆分からない箇所は、不明と記入してください。
- ◆一枚以上必要な場合はコピーをして使用してください。
- ◆難病など、特別な基礎疾患がある場合の病院との取り決め事や救急隊に注意して欲しいことがある場合は、裏面に記載してください。

その場合、表面に「**裏面に注意書きがあり**」と記載してください。

- ◆年に一度、記載内容を再確認ください。
- ◆救急隊への「情報提供用紙」は個人情報ですので、取り扱いには、十分注意して下さい。（町内会自治会で情報収集することはありません。）

\*②処方薬を服薬している場合は、一週間分お薬とお薬手帳又は薬剤情報提供書のコピー（変更になったり、医療情報が変更になった時は、更新してください。）

\*③「健康保険証」のコピー

介護認定を受けている方は、「介護保険被保険者証」のコピー

## 《 救急時・災害時 》

★救助隊は、『医療情報キット』が冷蔵庫に保管されていることを認知しています。

★災害時に、『医療情報キット』を持って避難してください。

- ◆かかりつけ医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。
- ◆場合によっては、部分的に利用されない場合もあります。
- ◆救急隊への情報提供用紙の使用は、任意です。

★この書類も読み終わりましたら、容器に保管してください。

# 救急医療情報ケース

## 仕様



単位：mm

胴体	キャップ付き高さ	キャップ径
50直径	220	60直径

本体・キャップ素材=ポリプロピレン

## 利用方法



キャップはピンクを選びました。  
※色味は実物と異なります。



市販の500mlのペットボトル  
と同サイズなので冷蔵庫に  
楽々収納できます



テープ等  
い形状で

## 利用例



穴あきタイプを選びました。  
※用途に合わせて使ってください。



冷蔵庫の横にぶら下げることもできます。



緊急時に持ち下さ  
下さい。

# 救急隊への情報提供用紙(一般用)

※本用紙は家族全員が対象です。但しおおむね65歳以上の方は(要援護者用)を利用ください。

## 【基本情報】

フリガナ 氏名	ツツキ ハナコ 都筑 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成・令和 3年 3月 3日	91 歳	
住所・電話番号 (住民票記載の住所とします。)	都筑区〇町△番口号	☎ 090-1111-2222	
フリガナ 氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳	
住所・電話番号 (住民票記載の住所とします。)		☎	
フリガナ 氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳	
住所・電話番号 (住民票記載の住所とします。)		☎	
フリガナ 氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳	
住所・電話番号 (住民票記載の住所とします。)		☎	
緊急連絡先 (連絡がつく親族等) 携帯電話を優先で記載してください。	フリガナ 氏名 ツツキ タロウ 都筑 太郎 ☎ 090-111-1111	続柄 長男	居住する都道府県と市町村 神奈川県〇市〇区
	フリガナ 氏名 アオバ ジュンコ 青葉 順子 ☎ 03-1111-2222	続柄 長女	居住する都道府県と市町村 東京都〇区
その他、関係者の連絡先 (勤務先、学校等)	① 横浜 一子(ケアマネジャー) ☎ 045-666-7777	② 港北 二郎(〇区 〇課 △担当) ☎ 045-888-9999	

## 【注意事項】

### 1 情報提供用紙について

駆け付けた救急隊に本用紙を情報提供することにより、迅速な救急活動や早期の病院搬送につながります。  
救急隊や医療関係者へ情報提供することについて同意できる場合、ご自身または家族等で記載をお願いします。  
重要な個人情報となるため、ご自身の判断と責任において管理し、紛失には十分ご注意ください。  
年に一度は、記載内容を再確認ください。

### 2 緊急連絡先

救急隊や医療関係者が、緊急連絡先に記載されている電話番号に、電話連絡をする場合がありますので、ご自身またはご家族に事前の説明をしておいてください。

# 救急隊への情報提供用紙(要援護者用)

※本用紙はおおむね65歳以上の方を対象としています

## 【基本情報】

作成日:令和3年12月1日

情報更新日:令和 年 月 日

フリガナ 氏名	ツツキ ハナコ 都筑 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 3年 3月 3日	91 歳	
住所・携帯電話番号 (住民票記載の住所とします。)	都筑区〇町△番□号 ☎ 090-1111-2222		
緊急連絡先 (連絡がつく親族等) 携帯電話を優先で記載ください。	フリガナ 氏名 ツツキ タロウ	続柄	居住する都道府県と市町村
	都筑 太郎	長男	神奈川県〇市□区
	☎ 090-111-1111		
	フリガナ 氏名 アオバ ジュンコ	続柄	居住する都道府県と市町村
青葉 順子	長女	東京都□区	
☎ 03-1111-2222			
その他、関係者の連絡先 (区役所、地域ケアプラザ等)	① 横浜 一子(ケアマネジャー) ☎ 045-666-7777	② 港北 二郎(〇区 □課 △担当) ☎ 045-888-9999	

## 【医療情報】

現在治療中の病気	高血圧、糖尿病、リウマチ 認知症、など	病院名: 〇病院、□クリニック 病院名:
過去に診断を受けた病気	心筋梗塞、乳がん、脳梗塞など	病院名: 〇大学病院 病院名:
現在服用している薬 (お薬手帳を用意ください。)	アムロジピン、バイアスピリン、メトグルコなど処方されている常用薬を記載 ※服用している薬の情報が記載されている「お薬手帳」等をあれば記入は不要です。	
アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有・無	アレルギーの名称 そば、甲殻類、アルコールなど(食物、薬のアレルギーがある場合は記載する)
身体の麻痺	<input checked="" type="radio"/> 有・無	具体的な内容 日常生活車椅子使用、右半身麻痺あり
かかりつけ医	〇〇クリニック □□医師 ☎ 045-000-5555	
軽度【日常生活動作】 意志疎通 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不能 判断力 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不能 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他 歩行 <input type="checkbox"/> 寝たつき <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 自立 麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 部位( 右半身麻痺 ) <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度	”もしも”の時に医師に伝えたい <input checked="" type="checkbox"/> できるだけ長く生きるための治療を受けたい <input type="checkbox"/> 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみをする <input type="checkbox"/> すべての治療やケアを受けたくない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他( )	

## 【注意事項】

### 1 情報提供用紙について

駆け付けた救急隊に本用紙を情報提供することにより、迅速な救急活動や早期の病院搬送につながります。  
救急隊や医療関係者へ情報提供することについて同意できる場合、ご自身または家族等で記載をお願いします。  
重要な個人情報となるため、ご自身の判断と責任において管理し、紛失には十分ご注意ください。

### 2 緊急連絡先

救急隊や医療関係者が、緊急連絡先に電話連絡をする場合がありますので、ご自身またはご家族に 事前の説明してください。

### 3 ”もしも”の時のために、お元気な時にあらかじめこの用紙に最低限を記入して、常に新しい情報に書き換えて下さい。