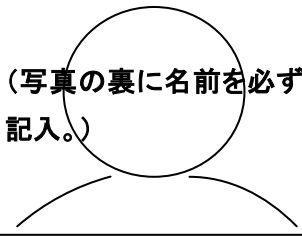


救急医療情報シート

本人の顔写真を貼る。

（写真の裏に名前を必ず
記入。）



年 月 日作成	年 月 日変更
---------	---------

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	長岡京市		
電話番号		FAX	
対象世帯	① 65歳以上独居 ② 要介護度3以上 ③ 障害者手帳1・2級 ④ 療育手帳A ⑤ その他		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科目・担当医		
所 在 地		
電 話 番 号		
（在宅療養手帳 有・無 ） （在宅療養あんしん病院登録 有・無 ）		服 薬 内 容
持病		
その他必要とする援助		
指定居宅介護支援事業者	電話番号	所 在 地

緊急連絡先 氏 名	続 柄	電話番号	住 所
①			
②			
③			

***裏面を必ずお読みください。**

◎記入の仕方と利用方法です。注意事項は必ずお読みください。

<ご本人情報について>

- ・氏名：発見者に読み方がわかるよう、ふりがなを記入してください。
- ・写真：本人の顔写真（裏面に氏名を必ず記入すること）を貼るか、保管容器に入れてください。
- ・住所：現住所でマンション名、部屋番号まで記入してください。
- ・生年月日：該当する年号を○で囲み、記入してください。
- ・対象世帯：災害時要配慮者支援登録の対象者内容を○で囲んでください。

<医療機関、在宅療養手帳等登録・持病・服薬内容・その他必要とする援助について>

- ・かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いないように記入してください。
- ・身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。
- ・保険証の写し、診察券の写しをいれてください。
- ・「在宅療養手帳」や「在宅療養あんしん病院登録」の有無を○で囲んでください。
- ・服薬内容は、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写しなどを入れることで代えてください。
- ・救急隊員に注意して欲しいことなど、緊急時に役立つと思われることを記入してください。

<指定居宅介護支援事業者について>

- ・電話番号：ケアマネージャーに確認して正確に記入してください。

<緊急連絡先について>

- ・ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。
- ・緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でもかまいません。
- ・連絡先：日中と夜間つながる番号を記入してください。

<利用方法と保管方法>

- ① 保管容器に記入した「救急医療情報シート」、「薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し」等を入れる。
- ② ラベルを「玄関ドアの内側」と「冷蔵庫の扉」に貼る。
- ③ キット（①の保管容器）を冷蔵庫のドア側に入れて常時保管する。

<注意事項>

- ・この容器には、必要な用紙等以外は入れないでください。
- ・救急医療情報シート等、容器の中に入れていたもので情報の変更がありましたら、必ず修正の書き換えをしてください。（正しい情報は迅速な活動につながります。）
- ・この容器及びラベルは、発見しやすいように所定の目立つところへお願いします。

利用者同意事項

- ・キットの中の救急医療情報シート等を救急隊と搬送先の医療機関及び行政機関が救急医療に活用すること。
- ・玄関ドアの内側にラベルが貼られている場合は、緊急時であることを発見された方は、本人及び同居人等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こと。
- ・救急医療情報シートに記載された事項については、救急活動の状況によって必ずしも活用されるとは限らないこと。
- ・かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ・キットは大切に保管し、他者に譲ったり、又は貸し付けたりしないこと。
- ・キット内の救急医療情報は利用者の管理となること。情報に変更がある場合は更新すること。