

平成31年度 救急医療情報キットの配付申込みについて【依頼】

1 趣旨

救急搬送時や災害時において、高齢者等の医療・介護情報等を共有し速やかに対応するため、緊急連絡先、身体・生活状況、治療中の病気などを記載したシートを入れ冷蔵庫で保管する専用ケース等（救急医療情報キット）を作成・配布します。災害時要援護者支援事業にて各戸を訪問する際に配付するなど、地域の状況に応じて御活用をお願いします。

なお、すでに同様の取組を行っていただいている地区もございますので、自治会・町内会ごとに配付希望をお伺いさせていただきます。配付を希望される場合は、7月31日(水)までに配付申込書を高齢・障害支援課まで御提出いただきますよう、お願いします。

※ 配付を希望されない自治会・町内会については、配付希望申込書の提出は不要です。

2 キットの内容

- (1) 本人情報シート
別添のとおり
- (2) 本人情報シート記載例 及び 説明書(留意事項等)
- (3) 専用ケース
本人情報シート等を格納
- (4) 表示シール
 - ア 貼付先
 - ①ケースの側面、②ケース蓋
 - ③玄関扉の内側、④冷蔵庫の扉
 - イ デザイン
ミズキー オリジナルデザインを検討中



(専用ケース)

3 作成予定数

10,000 キット

4 配付対象者

- ① 災害時要援護者支援事業名簿掲載者
- ② ひとり暮らし高齢者・老々世帯
- ③ その他希望者

5 スケジュール【予定】

- ・ 5月：区民生委員児童委員協議会会長会にて事業周知依頼
- ・ 8月：配付希望申込書の集約（各地域への配布個数確定）
- ・ 9月：救急医療情報キット送付、地域において随時配付開始
- ・ 10月：区役所窓口(11番) 及び地域ケアプラザ窓口で配付開始

本人情報シート(1人目)

作成日:

更新日:

更新日:

よろしければ
お写真をお貼りく
ださい。

(写真欄)

ふりがな				男・女	生年月日	明治 大正 昭和	平成	令和	年	月	日
氏名											
住所	〒				連絡先	(電話)				血液型	
						(携帯)					
緊急連絡先	氏名(連絡のつきやすい順)		続柄	連絡先		住所					
	1			(自宅) (携帯)							
	2			(自宅) (携帯)							
	3			(自宅) (携帯)							
医療情報	治療中の病気		服薬中の薬		医師から禁止されている薬		今までの病気(既往歴)				
	※ お薬手帳(写)を添付の場合、記入不要										
	かかりつけ医療機関①					かかりつけ医療機関②					
	名称					名称					
	診療科・担当医					診療科・担当医					
	所在地					所在地					
電話番号					電話番号						
医療保険 介護保険	被保険者番号:					ア レ 有 無 ギ ー	有・無 (原因)				
	保険者番号:										
ケ ア マ ネ シ ャ ー	被保険者番号:					介 護 度	要支援 ()				
	保険者番号: (会社名)						要介護 ()				
備考	(担当者) (電話番号)										
	(ペースメーカーの使用など)										
同意欄	災害時や救急医療等の緊急時で利用者の情報を把握する必要があるときは、容器の中の情報を救急隊や搬送先の医療機関等が活用することに同意します。										
	年 月 日 氏名										

本人情報シート(2人目)

作成日:

更新日:

更新日:

よろしければ
お写真をお貼りく
ださい。

(写真欄)

ふりがな				男・女	生年月日	明治 大正 昭和	平成	令和	年	月	日
氏名											
住所	〒			連絡先	(電話)				血液型		
					(携帯)						
緊急連絡先	氏名(連絡のつきやすい順)	続柄	連絡先		住所						
	1		(自宅) (携帯)								
	2		(自宅) (携帯)								
	3		(自宅) (携帯)								
医療情報	治療中の病気		服薬中の薬		医師から禁止されている薬		今までの病気(既往歴)				
	※ お薬手帳(写)を添付の場合、記入不要										
	かかりつけ医療機関①				かかりつけ医療機関②						
	名称				名称						
	診療科・担当医				診療科・担当医						
	所在地				所在地						
電話番号				電話番号							
医療保険 介護保険	被保険者番号:				ア レ 有 無 ギ	有・無 (原因)					
	保険者番号:										
ケ ア マ ネ シ ャ ー	被保険者番号:				介 護 度	要支援 ()					
	保険者番号: (会社名)					要介護 ()					
備考	(担当者) (電話番号)										
	(ペースメーカーの使用など)										
同意欄	災害時や救急医療等の緊急時で利用者の情報を把握する必要があるときは、容器の中の情報を救急隊や搬送先の医療機関等が活用することに同意します。										
	年 月 日 氏名										

【記入例】

本人情報シート(1人目)

作成日: 令和元年※月※※日

更新日: 令和2年※月※日

更新日:

よろしければ
お写真をお貼り
ください。

(写真欄)

ふりがな	こうほく たろう		男 ・ 女	生 年 月 日	明治	平成	令和	血液型
氏名	港北 太郎				大正	昭和	*年	
住所	〒 222-0032			連 絡 先	(電話) 540-****			*
	横浜市港北区大豆戸町**-*				(携帯) 090-****-****			
緊急連絡先	氏名(連絡のつきやすい順)	続柄	連絡先		住所			
	1	港北 一郎	長男	(自宅) 044-8***-7*** (携帯) 090-7***-6***	川崎市**区***3-21			
	2	港北 次郎	次男	(自宅) 03-3****-7*** (携帯) 080-2***-9***	東京都**区***1-13			
	3	緑 良子	知人	(自宅) 045-8***-5*** (携帯) 090-4***-3***	横浜市港北区***2-29			
医療情報	治療中の病気		服薬中の薬		医師から禁止されている薬		今までの病気(既往歴)	
	高血圧		*****		*****		**の骨折 <平成**年*月>	
	※ お薬手帳(写)を添付の場合、記入不要							
	かかりつけ医療機関①				かかりつけ医療機関②			
	名称	****クリニック			名称			
	診療科・担当医	内科・**医師			診療科・担当医			
所在地	横浜市港北区***1-2			所在地				
電話番号	045-****-****			電話番号				
医療保険	被保険者番号: 記号***** 番号*****				ア レ ル 無 ギ !	有・無 (原因)		
	保険者番号: 1**0**					**		
介護保険	被保険者番号: *****				介 護 度	要支援 ()		
	保険者番号: *****					要介護 (*)		
ケアマネ	(会社名) ***地域包括支援センター (担当者) 山*花子 (電話番号)045-***-****							
備考	(ペースメーカーの使用など)							
同意欄	災害時や救急医療等の緊急時で利用者の情報を把握する必要があるときは、容器の中の情報を救急隊や搬送先の医療機関等が活用することに同意します。							
	令和元年 ※月 ※日 氏名 海※ ※※							

(案)

いざという時のために 救急医療情報キットを備えましょう

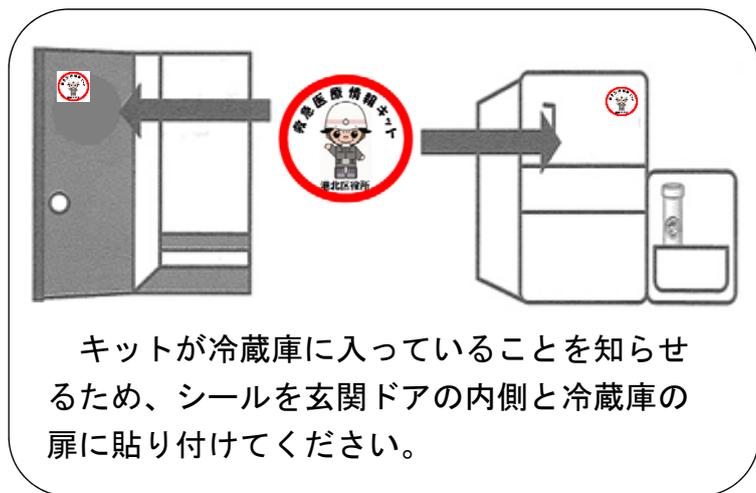
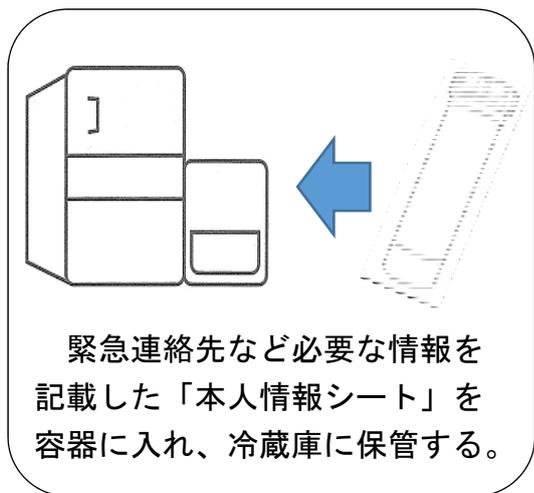
救急医療情報キットは、ひとり暮らしの高齢者の方等が急病になった時などの緊急時に迅速な救急活動につなげるため、「かかりつけ医」「治療中の病気」「緊急連絡先」などが記載されている「本人情報シート」を入れておく容器です。

この容器を救急隊などがわかりやすい「冷蔵庫」に入れ、いざという時の迅速な対応に役立てます。

1 お渡しするキットの内容

- ① 容器
- ② 本人情報シート（両面）
- ③ 説明書（表面）・本人情報シート 記入例（裏面）
- ④ シール式（容器側面用・容器キャップ用・玄関ドア用・冷蔵庫扉用）

2 キットの使用方法



3 注意事項

- キットは、ご本人の管理となります。容器内の情報に変更がある場合は、随時、更新してください。
- 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。
- キットが保管されている場合でも、状況により利用されない場合があります。
- 容器の中に現金や貴重品等を入れないでください。

4 問合せ先

港北区役所 高齢・障害支援課 電話 045-540-2321 又は 2343

横浜市港北区大豆戸町26-1

