

救急医療情報入れキット

駆けつけた救急隊員へ医療情報や服薬情報、緊急連絡先などを伝え、早急な対応が取れるようにするものです



- *お渡しします
- 必要な情報を記入する用紙
- 見つけやすい入れ物
- キットのありかを示すシール

救急医療情報入れキット

万一の際に、駆けつけた救急隊員へ医療情報や服薬情報、緊急連絡先などを伝え、早急な対応が取れるようにするものです



用意するもの

「もしも」の事態に
備えて準備しよう！



① 救急医療情報用紙

救急医療情報 年 月 日作成

※私の救急医療情報を、消防救急隊と搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____
 生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日生
 性別 男・女 血液型 _____
 電話番号 _____

住所 _____

分かりつ医療機関 診療ID(診療券番号) _____
 医療機関名 / 担当医 / 電話番号 _____
 利用している介護事業所
 介護事業所名 / 電話番号 _____

緊急連絡先(身内や友人など)
 【1】お名前 / 電話番号 / 性別 _____
 【2】お名前 / 電話番号 / 性別 _____

持病・今までの大きな病状 (あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入しよう)

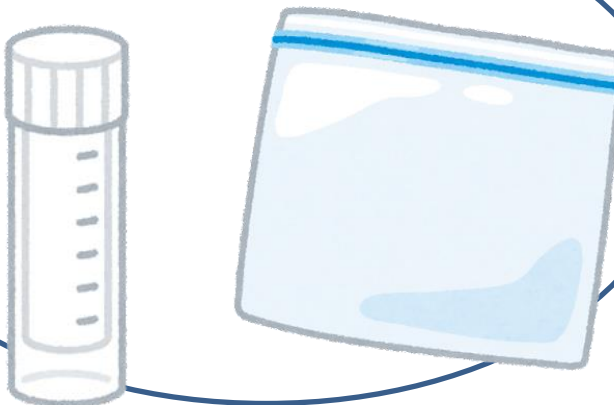
- 呼吸器系 / 気管支喘息 / 慢性閉塞性肺疾患 / その他 ()
- 循環器系 / 心不全 / 虚血性心疾患 / 高血圧 / 高脂血症 / 不整脈 / その他 ()
- 脳神経系 / 脳梗塞 / くも膜下出血 / 脳出血 / その他 ()
- 消化器系 / 消化管疾患 / 肝疾患 / その他 ()
- 腎泌尿器系 / 腎不全 / 透析 / その他 ()
- 内分泌系 / 糖尿病 / インスリン使用の有・無 / その他 ()
- 血液 / 出血性疾患 / その他 ()
- 精神科系 / ()
- 産婦人科系 / ()
- 感染症 / B型肝炎 / C型肝炎 / 結核 / その他 ()
- アレルギー / なし / あり ()
- 薬剤アレルギーの有(クワフェリン・アスピリン・ステロイド) / 無 / その他 ()

服薬内容など、薬品でもらう「薬局情報」をこの入れ物の中に入れてください。
 また、「リビングウィル」または「蘇生術を拒否する意思表示」があれば入れてください。

北医療生活協同組合 TEL052-914-4554



② 容器



③ 表示シール



救急医療情報用紙

救急医療情報

年 月 日作成
年 月 日更新
年 月 日更新

※私の救急医療情報を、消防救急隊と搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 ←ふりがなも記入
生年月日 (大・昭・平) 年 月 日生
性別 男・女 血液型
電話番号 携帯電話
住所

かかりつけ医療機関 診察 ID (診察券番号)
医療機関名 / 担当医 / 電話番号
利用している介護事業
介護事業所名 / 電話番号

救急連絡先 (身内や友人など)
お名前 電話 携帯電話 間柄
お名前 電話 携帯電話 間柄

特病・今までの大きな病気 (あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入しましょう)
◆呼吸器系/ ・気管支喘息 ・慢性閉そく性肺疾患 ・その他 ()
◆循環器系/ ・心不全 ・虚血性心疾患 ・高血圧 ・高脂血症 ・不整脈 ・その他 ()
◆脳神経系/ ・脳梗塞 ・くも膜下出血 ・脳出血 ・その他 ()
◆消化器系/ ・消化器疾患 ・肝疾患 ・その他 ()
◆腎泌尿器科/ ・腎不全 ・透析 ・その他 ()
◆内分泌系/ ・糖尿病 ・インスリン使用の有無 有 ・ 無 ・その他 ()
◆血液/ ・出血性疾患 ・その他 ()
◆精神科系/ ・ ()
◆産婦人科系/ ・ ()
◆感染症/ ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・結核 ・その他 ()
◆アレルギー/ ・なし ・あり ()
◆薬剤服用/ ・有 (ワーファリン ・ アスピリン ・ ステロイド) ・無
その他

服薬内容など、薬局でもらう「薬局情報」や「お薬手帳」の写しを入れてください。
また、「リビングウィル」または「蘇生術を拒否する意思表示」があれば入れてください。
お薬手帳の写しがない場合は、下記にお薬手帳のありかをご記入ください。

「 」

1

2

3

4

1

自分の基本情報を記入します

2

かかりつけの医療機関名

②複数あれば、自分の状況をよく把握している医療機関

3

緊急連絡先

家族や知人、ケアマネさんなど

4

現在治療中の病気や、入院・手術をしたことのある病気をわかる範囲で○をつけます
その他、知らせたいことも記入

普段から飲んでいる薬があれば、「有」に○、()内の薬もあるなら、○をつける

薬局でもらう薬の説明書

「お薬手帳」のコピー も一緒に入れておくとよいです

容器の中に入れるもの



救急医療情報用紙(記入済)

お薬の情報も入れましょう
お薬手帳のコピー(飲んでい
 る薬がわかるページ)

薬局でもらうお薬の説明書

一緒に入れておくと、救急隊
 員に伝わりやすくなります



救急医療情報用紙

救急医療情報

年 月 日作成
 年 月 日更新
 年 月 日更新

※私の救急医療情報を、消防救助隊と搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 年 月 日生
 生年月日 (大・阪・平) _____
 性別 男・女 血液型 _____
 電話番号 _____ 携帯番号 _____
 住所 _____

かかりつけ医療機関 診療ID (診療番号)
 医療機関名 / 担当医 / 電話番号
 利用している介護機関
 介護事業所名 / 電話番号

救急連絡先 (身内や友人など)
 お名前 電話 携帯番号 性別
 お名前 電話 携帯番号 性別

病歴・今までの大きな病歴 (あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入しましょう)
 ●呼吸器系 / 気管支炎 慢性肺気腫 肺がん
 ●循環器系 / 心不全 虚血性心疾患 高血圧 高脂血症 不整脈 心房細動
 ●脳神経系 / 脳梗塞 くも膜下出血 脳出血 脳腫瘍
 ●消化器系 / 消化器疾患 肝疾患
 ●腎泌尿器系 / 腎不全 透析
 ●内分泌系 / 糖尿病 インスリン使用の有無 有 無
 ●血液 / 出血性疾患
 ●腫瘍科系 /
 ●産婦人科系 /
 ●感染症 / B型肝炎 C型肝炎 結核
 ●アレルギー / 発熱 あり
 ●薬剤服用 / 有 (ワルファリン アスピリン ステロイド) 無
 その他 _____

医療内容など、薬局でもらう「薬用情報」や「お薬手帳」の写しを入れてください。
 また、「F」(フィンガール)または「薬生指」(薬指)が刻まれているお薬手帳が入れられます。
 お薬手帳の写しがない場合は、下記にお薬手帳のありかをご記入ください。
 「 _____ 」

お薬手帳のコピー



お薬の説明書

☆ 八王子 花子 様のお薬の説明書です ☆

ID No. 01 受付番号20 印刷日2012年3月30日

1. SPトローチ0.25mg「朝治」(青) ¥5.60
 起床 朝 昼 夕 1回1錠
 喉がでる時

2. ビーエイ配合錠(白～微黄白) ¥4.60
 起床 朝 昼 夕 2 2 2
 1回2錠
 1日3回朝昼夕食後

3. ムコスタ錠100mg(白) ¥17.40
 起床 朝 昼 夕 1 1 1
 1回1錠
 1日3回朝昼夕食後

4. ロキソニン錠60mg(桃薄紅) ¥18.60
 起床 朝 昼 夕 1 1 1
 1回1錠
 38℃以上の発熱時

5. SANKYO157/157 60mg 4回分

表示シールの使い方①

緊急医療情報用紙や
お薬の情報などを、
容器に入れて
冷蔵庫に入れる

容器に貼る

冷蔵庫のドアポケットに保管



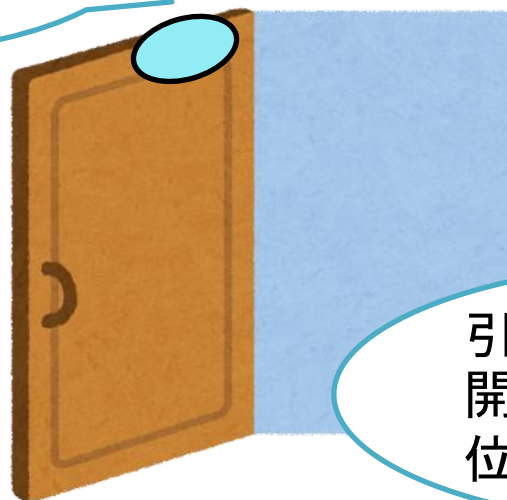
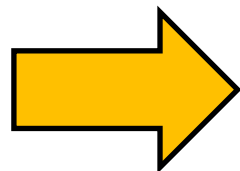
冷蔵庫の扉に貼る



表示シールの使い方②

玄関ドアの**内側**に貼る

見えるところに
貼りましょう



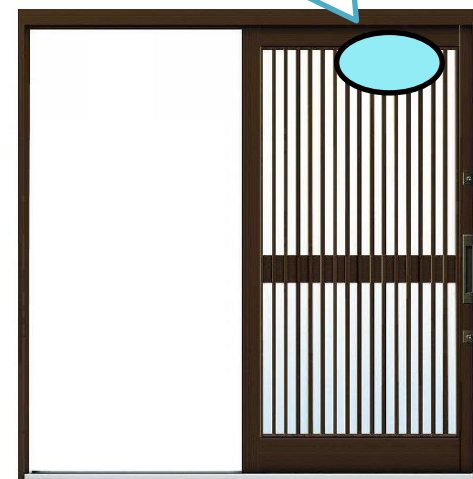
引き戸の場合、ドアを
開けたときに見える
位置に貼りましょう

了解！

この家には
医療情報キットが
あるぞ！
冷蔵庫を見てきて
くれ！



防犯上の観点から
玄関の外側に貼らない
でください。





いざというときに役立つ“救急医療情報入れキット”を
組合員・職員・他団体で普及し、いざというときに備えませ
んか？

班会やサロン参加者・他団体・利用者に紹介していただき
たいと思います。また、一度書いたら終わりではなく、医療
情報が変わった場合や、年に一度は、最新の情報になって
いるか声をかけて頂きたいと思います。可能であれば、確
認する日などを決めて、実施できるといいですね。

