



～医療介護関係者向け～

緊急時の情報連絡票利用の手引き

【2024(令和6)年1月改訂】

もしもの時に備えて



桑名市

桑名市消防本部

桑名市在宅医療・介護連携支援センター

はじめに

緊急時の情報連絡票利用の手引きは、病状の急変や、けがで救急搬送される際に、救急隊や救急医療機関との連携が円滑に進むよう、桑名市在宅医療・介護連携調整会議の議論を経て令和3年2月に完成しました。

緊急時対応の流れや、緊急時の情報連絡票、救急医療情報キットの使い方、桑名医師会作成の「救急搬送時の情報提供書」など、緊急時に関わる情報を掲載し、在宅や施設、年齢や家族構成、疾病、障がいの有無を問わず備えていただけるよう、引き続き皆様には準備等のご支援・ご協力をお願いいたします。

今回、医療・介護関係者の皆様や、市民の皆様に分かりやすく、使いやすいものにするために一部変更を行いました。

いざという時のために、医療介護関係者の皆様がそれぞれの立場で事前準備や対応方法を確認し、より迅速な救急対応が行えるように、今後も手引きを活用していただければ幸いです。

令和6年1月

目次

1. 救急搬送時の対応について(流れ)……………P.1
2. 「緊急時の情報連絡票」記入方法……………P.2
緊急時の情報連絡票～記入例～……………P.3
3. 〈救急医療情報キット〉について……………P.4～5
4. 「救急搬送時の情報提供書/医師会」について……………P.6
5. その他(参考資料・書類など)……………P.7

[お問合せ先] 桑名市在宅医療・介護連携支援センター
TEL:0594-22-8200 FAX:0594-22-8201



普段からの準備

かかりつけ医との事前相談

ご利用者の状態が悪くなったときは、状況に応じてかかりつけ医や協力医療機関に相談し、指示を受けることが必要です。

普段から、かかりつけ医へ連絡する状態、119番通報(救急要請)すべき状態など、変化が予想される症状についてかかりつけ医と相談し、想定される状態像を確認しておきましょう。

ご本人及びご家族の情報整理・意向確認

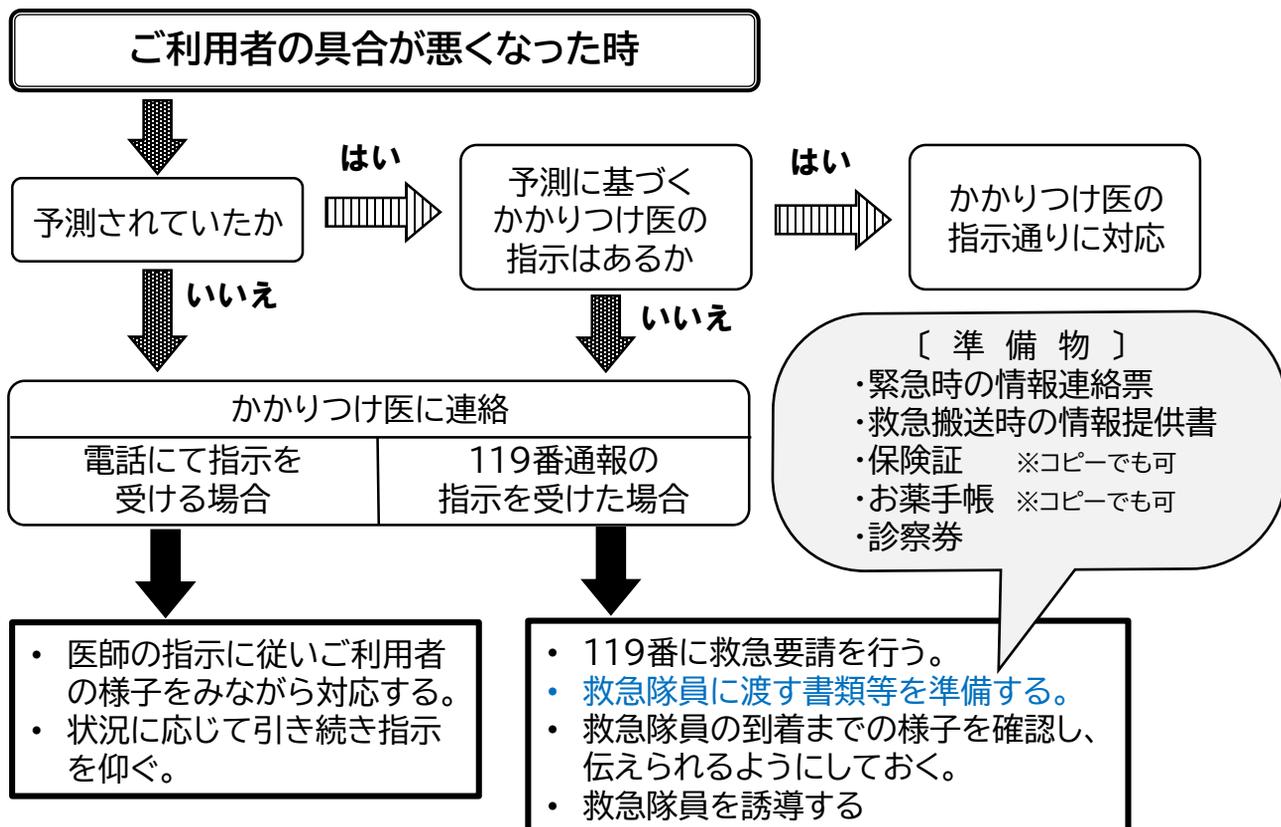
ご本人及びご家族などから医療や治療に対する希望やDNAR(蘇生処置拒否)の意思表示等がある場合には、あらかじめ、かかりつけ医やケアマネジャー、地域包括支援センターなどご利用者に関わる関係者と急変時の対応について相談しておきましょう。

DNAR(蘇生処置拒否)の意思表示があったとしても、救急隊は医師への確認・引継ぎを行わない限り救急処置を実施し、医療機関へ搬送します。

治療の方針を決定するためには、本人とかかりつけ医などの間で十分な話し合いが行われたことが条件となり、本人にとっての最善の方針を考える手段のひとつになります。

また、本人の意思確認ができない場合には、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることが基本となります。

救急対応の流れ〔フロー図〕





『緊急時の情報連絡票』に必要なことを記入し、救急隊に情報を提供することで、救急医療機関での迅速かつ適切な治療につなげることができます。

青で囲まれた上半分は事前に記入できますので、あらかじめ作成しておいて下さい。

- 1 **緊急連絡先** ⇒ ご家族以外でもかまいません、ご本人の状況を把握している方をご記入ください。日中と夜間のつながる番号をご記入ください。
- 2 **かかりつけ医療機関** ⇒ 身体状況をよく把握している医療機関をご記入ください。
- 3 **病歴・既往歴** ⇒ 現在治療中の疾患や過去にかかった疾患、アレルギー等にチェックしてください。救急隊や医療機関に伝えたいことを詳細にご記入ください。
- 4 **DNAR(蘇生処置拒否)** ⇒ 聞き取りをした時点の意向を記載してください。意思表示を記した書類があれば一緒に保管してください。

心肺蘇生とは呼吸や心臓が停止している傷病者に、胸骨圧迫(心臓マッサージ)や人工呼吸、AEDを組み合わせて行う救命方法です。
- 5 **記載者** ⇒ 情報連絡票を記載した方の氏名と連絡先をご記入ください。

緊急時に記入し、搬送に備える

救急通報と並行して、事前に記入された『緊急時の情報連絡票』の下半分、赤で囲まれた【119番通報時の記載事項】を記入して、到着した救急隊にすぐに手渡せるよう準備をしてください。

※ 応急手当を優先し、書ける範囲で記載をお願いします。

- 6 **発症(受傷)目撃の有無** ⇒ その瞬間を目撃していなくても、状態悪化にいつ気が付いたかをご記入ください。
- 7 **発症または発見時の状況** ⇒ いつもと異なる症状についてご記入ください。
- 8 **主治医への連絡** ⇒ 有無、具体的な指示があればご記入ください。
- 9 **緊急連絡先への連絡** ⇒ 有無、具体的な指示があればご記入ください。

救急隊、医療機関へのお願い

施設の職員やケアマネジャー等は、救急搬送時の救急車への同乗および家族等が到着するまでの搬送先救急医療機関での付き添いについて、業務に支障をきたす恐れがあるためできないことがあります。

救急車に同乗できない場合の対応として、救急隊員に利用者の情報を伝えられるよう、事前準備を整えておきますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

『緊急時の情報連絡票』は、救急隊から搬送先の医療機関へ渡すものとし、医療機関で保管して下さい。

緊急時の情報連絡票～記入例～

【事前記載事項】 前もってご記入ください。施設等ではどの職種のスタッフでも緊急時に渡せるよう準備してください。

緊急時の情報連絡票 【自宅/介護施設⇒救急隊⇒病院】

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。(連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください)

【事前記載事項】

記入日 令和5年11月15日

ふりがな	はまぐり くわな	生年月日	年齢
氏名	はまぐり くわな (男)・女	M・T(S)・H 13年1月1日	85
住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設	桑名市中央町1丁目〇〇-△△	サービス付き高齢者住宅 KUWA★NA
緊急連絡先①	氏名[続柄]	はまぐり 太郎	(059) 300-0000
緊急連絡先②	氏名[続柄]	はまぐり 次郎	
かかりつけ医療機関	桑名長島多度クリニック (0594) 00-0000		
病歴・既往症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症	主病名(アルツハイマー型認知症) 【詳細】 平成18年に脳梗塞発症し、左半身に軽度不全麻痺あり。血圧・血糖はコントロール良好。歩行時はシルバーカー利用、認知症自立度Ⅲα 令和元年12月に肺炎にてA総合病院に2週間入院した アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(内容 海老アレルギー)	
	DNAR(蘇生処置拒否)		<input type="checkbox"/> 心肺蘇生を希望します <input checked="" type="checkbox"/> 心肺蘇生を希望しません 特記事項(令和5年4月16日サービス担当者会議にて長男より聞き取り)

心肺蘇生とは
呼吸や心臓が停止している傷病者に、
胸骨圧迫(心臓マッサージ)や人工呼吸、
AEDを組み合わせて行う救命方法です。

ここまでは同意を得た上で事前に記載しておきます 5 居宅介護支援事業所 はまぐりん 記載者: 田中 花子 (0594) 〇〇-〇〇〇〇

【119番通報時の記載事項】

※応急手当を優先し、書ける範囲で記載してください

発症(受傷)を目撃しましたか	いいえ ・ はい (月 日 時 分頃)		
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など	※いつもと異なる症状について記載してください		
①呼びかけに	<input type="checkbox"/> :反応あり	<input type="checkbox"/> :反応なし	<input type="checkbox"/> :顔面蒼白 <input type="checkbox"/> :嘔気・嘔吐
②意識の経過	<input type="checkbox"/> :変化なし	<input type="checkbox"/> :改善している	<input type="checkbox"/> :頭痛 <input type="checkbox"/> :胸痛
③その他	<input type="checkbox"/> :波がある	<input type="checkbox"/> :悪化している	<input type="checkbox"/> :発熱 (裏面) <input type="checkbox"/> :けい <input type="checkbox"/> :呼吸 <input type="checkbox"/> :黄疸 <input type="checkbox"/> :麻痺 <input type="checkbox"/> :その
呼吸	回/分	脈拍	回/分 血圧 /
主治医への連絡	未・済 (指示内容など)		
緊急連絡先への連絡	未・済 (指示内容など)		



【119番通報時の記載事項】

こちらは119番通報後、発症(受傷)時の状況や様子についてわかる範囲でご記入ください。



救急医療情報キットとは

自宅で具合が悪くなって、救急車を呼ぶなどの「もしも…」の時に備えて、あらかじめ自分に関する「救急医療情報」を用意し、冷蔵庫などに保管しておくことで、もしもの時にも、すばやく適切な救急活動に役立ててもらえます。

ご本人だけでなく、ご家族にも安心感を得られるキットです。

【医療介護関係者へのお願い】

ご自身やご家族で救急医療情報キットを準備したり、情報を更新することが難しい方がいらっしゃいます。普段関わっていらっしゃる皆さまからお声かけをしていただき、ぜひ一緒に準備してください。ご協力をよろしくお願いいたします。



救急医療情報キットの使い方（作り方は次ページ）



- ① 容器準備し、〈救急医療情報キット〉のシールを貼る
- ② 必要な情報書類を容器に入れる
- ③ 容器を冷蔵庫の中に入れる
- ④ 容器が中にあることが分かるように、扉にマグネットを貼る

救急医療情報キット活用場面

救急医療情報キットはこんな場面でも活用できます！



急な入院・手術のとき

入院や手術の時は色々な書類や情報が必要です。そんな時に〈救急医療情報キット〉が手元にあるは、自分で書くにも、家族・友人などにお世話になるときにも大いに助けになります。

外出時に救急搬送されたとき

〈救急医療情報キット〉と同じものを用意し、いつも持ち歩いているかばんの中に入れておけば、外出時に気分が悪くなった時にも必要な医療情報をすぐに伝えることができます。

災害で避難したとき

〈救急医療情報キット〉と同じものを用意し、避難袋に入れておくことで、災害時でも必要な医療情報をすぐに伝えることができます。

救急隊は、本人が上手く話せなかった場合でも、冷蔵庫に〈救急医療情報キット〉が入っている事が分かれば、搬送時に患者の情報が分かり、スムーズに対処することができます。

医療情報の内容に変更が生じたときは、その都度、最新のものを入れるようにしましょう。



救急医療情報キットの作り方

詳しい作り方を動画で見ることができます。

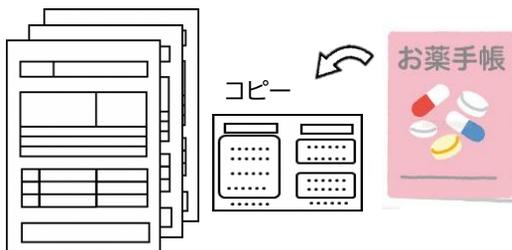


作成前の準備:必要なもの、しておくこと

1. 「緊急時の情報連絡票」を記入する
2. 保険証・診察券・お薬手帳などのコピーを取る
3. 容器 1個
4. マグネットシート 1枚
5. はさみ、のり、セロテープなど
6. 『〈救急医療情報キット〉をご存知ですか?』リーフレットの最後のページ

作り方

- ① 『緊急時の情報連絡票』など必要な書類をまとめておきます。



- ② リーフレットの最後のページにあるマークを切り取ります。

【うら面】



- ③ マグネットシートに【マーク1】を、キット本体(容器)に【マーク2】を貼ります。



- ④ 容器に必要書類を入れたら冷蔵庫へ、マグネットは冷蔵庫のとびらに貼っておきましょう。



緊急時に救急隊が見つけやすいように、どの家庭にでもある冷蔵庫に保管をしていただくことを推奨しています。

4

「救急搬送時の情報提供書/医師会」について



「救急搬送時の情報提供書」については、かかりつけ医が必要だと判断した場合に医師が作成するものです。かかりつけ医より渡された場合には、『緊急時の情報連絡票』とともに、大切に保管してください。

救急搬送時の情報提供書

【自宅・介護施設】 → 【救急隊】 → 【医療機関】

ふりがな				年 齢	才	性 別	男 ・ 女
氏 名				生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住 所 現在生活している所				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 :			
緊急連絡先 1 (キーパーソン)	氏名		連絡先		患者との 続柄		
緊急連絡先 2	氏名		連絡先		患者との 続柄		
主 病 名							
病 歴						処方	
特記事項	アレルギー・感染症歴・その他						
救急搬送時における治療に関して	<input type="checkbox"/> 患者および家族よりDNARの意思が書面にて示されている						
かかりつけ医	医療機関						
	担当医師		連絡先				
介護担当者	介護施設						
	担当者		連絡先				
記載日	年	月	日	記載者	所属		氏名



全国版救急受診アプリ (愛称「Q助」)

参照:総務省消防庁ホームページ



くわな健康・医療相談ダイヤル24【24時間体制】

電話: **0120-149-107**

健康、医療、介護、育児等に関する相談
や医療機関のご案内を行っています

救急医療情報センター コールセンター【24時間体制】

電話: **059-229-1199**

複数の医療機関を紹介します

各書式は 桑名市ホームページ 桑名医師会ホームページ
ゆめはまネット よりダウンロードが可能です。

下記の窓口でお渡しできます。

名称	所在地	電話
東部地域包括支援センター	内堀82	24-8080
西部地域包括支援センター	西金井170	25-8660
南部地域包括支援センター	江場776-5	25-1011
北部西地域包括支援センター	多度町多度1-1-1	49-2031
	大山田1-7-4	41-2114
北部東地域包括支援センター	長島町松ヶ島66	42-2119
桑名市役所保健医療課	中央町2-37	24-0562
桑名市役所介護高齢課		24-1170
桑名市在宅医療・介護連携支援センター	本願寺市之縄262-1 (医師会館2階)	22-8200

緊急時の情報連絡票 【自宅/介護施設⇒救急隊⇒病院】

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。（連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください）

【事前記載事項】

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	年齢
氏名	男・女	M・T・S・H	年 月 日	
住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設			
緊急連絡先①	氏名[続柄]	[]	() - () -	
緊急連絡先②	氏名[続柄]	[]	() - () -	
かかりつけ医療機関	() -		主治医	
病歴・既往症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症			
	主病名() 【詳細】 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容)			
DNAR(蘇生処置拒否)		<input type="checkbox"/> 心肺蘇生を希望します		<input type="checkbox"/> 心肺蘇生を希望しません
特記事項()				

ここまでは同意を得た上で事前に記載をしておきます

記載者: () -

【119番通報時の記載事項】

※応急手当を優先し、書ける範囲で記載してください

発症(受傷)を目撃しましたか	いいえ ・ はい (月 日 時 分頃)						
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など		※いつもと異なる症状について記載してください					
①呼びかけに	<input type="checkbox"/> :反応あり	<input type="checkbox"/> :反応なし	<input type="checkbox"/> :顔面蒼白	<input type="checkbox"/> :嘔気・嘔吐			
②意識の経過	<input type="checkbox"/> :変化なし	<input type="checkbox"/> :改善している	<input type="checkbox"/> :頭痛	<input type="checkbox"/> :胸痛			
	<input type="checkbox"/> :波がある	<input type="checkbox"/> :悪化している	<input type="checkbox"/> :発熱	<input type="checkbox"/> :冷や汗			
③その他			<input type="checkbox"/> :けいれん	<input type="checkbox"/> :失禁			
			<input type="checkbox"/> :呼吸苦	<input type="checkbox"/> :イビキ呼吸			
			<input type="checkbox"/> :黄疸	<input type="checkbox"/> :うまく話せない			
			<input type="checkbox"/> :麻痺()				
			<input type="checkbox"/> :その他()				
呼吸	回/分	脈拍	回/分	血圧	/ mmHg	体温	°C
主治医への連絡		未・済 (指示内容など:)					
緊急連絡先への連絡		未・済 (指示内容など:)					

救急搬送時の情報提供書

【自宅・介護施設】 → 【救急隊】 → 【医療機関】

ふりがな			年 齢	才	性 別	男 ・ 女
氏 名			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住 所 現在生活している所				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 :		
緊急連絡先 1 (キーパーソン)	氏名		連絡先		患者との 続柄	
緊急連絡先 2	氏名		連絡先		患者との 続柄	
主 病 名						
病 歴						処方
特記事項	アレルギー・感染症歴・その他					
救急搬送時における治療に関して	<input type="checkbox"/> 患者および家族よりDNARの意思が書面にて示されている					
かかりつけ医	医療機関					
	担当医師		連絡先			
介護担当者	介護施設					
	担当者		連絡先			
記載日	年 月 日	記載者	所属		氏名	



2024(令和6)年1月改訂