コラム

緊急医療情報キット

- 高齢者や障がい者などの安全･安心を確保することを目的に、**氏名、年齢、かかりつけ医、病歴、緊急連絡先、健康保険証やお薬手帳などの情報**を**専用の容器**に入れ、**自宅(**特に**冷蔵庫)に保管**しておくことで万一の救急時に備えるもの。
- 自治体によっては、高齢者を担当する部署、地域包括支援センターや社会福祉協議会などで独居高齢者などの対象者に配布したり、キットを手作りするためのツールを提供しているところもある。

ボトル内部の情報記載用紙等を水分から守るため、密閉性のあるネジ蓋形式

停電時にも懐中電灯などの光を反射する「**反射シート**」や、「**蓄光シート**」が貼られていることが多い。

緊急医療情報キットが冷蔵庫にあることを救急隊員に知らせるためのロゴマーク(シール)。

①キットを保管する冷蔵庫の扉の外側
②玄関ドアの内側上部
　(玄関ドアの外側には貼らない)

取材協力：株式会社YHTC　https://www.yhtc.jp/救急医療情報キット/

コラム

緊急医療情報キット

ボトル内部に収める救急情報

いったん作成しても、状況が変わることもあるので
定期的に内容の見直しや更新が必要。

（医療情報記録用紙）

平成　年　月　日作成
平成　年　月　日変更

救 急 情 報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh(　)・不明		
生年月日	（明・大・昭・平）　年　月　日	性別	男	女
住所		電話		

医 療 情 報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住　所		
電　話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項（アレルギーなど）		

救 急 連 絡 先

氏　名	①	②
続　柄		
住　所		
電　話	（日中） （夜間）	（日中） （夜間）

支援事業者		
担 当 者		
住　所		電話

救急隊員への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印鑑又はサイン

※　記入方法は裏面を参照下さい。

記入の仕方、注意事項

《ご本人情報について》
生年月日　：　年については西暦、または該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
血液型　：　お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

《医療情報について》
かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。
医療機関名は、2ヵ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

持病・服薬内容　：
薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。
特記事項　：
特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとを記入してください。

《緊急連絡先について》
3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
緊急連絡先氏名　：　ご家族以外の方でも構いません。
連絡先　：　日中と夜間の連絡電話番号を記入ください。
支援事業者　：　ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《その他欄について》　（記入例）
・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
・その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》
内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。
ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いいたします。

《医療機関へのお願い》
支援事業者欄は、退院等にともなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※　救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を右上の欄に記入してください。）

問い合わせ連絡先：

取材協力：株式会社YHTC　https://www.yhtc.jp/救急医療情報キット/