

湯沢市 救急医療情報キット配布事業 ～備えあれば憂いなし～



湯沢市役所長寿福祉課

安心キット(救急医療情報キット)とは？

「氏名、生年月日、かかりつけ医、服用薬、健康保険証の番号、救急連絡先」などの救急医療活動に必要な情報が書かれている紙を専用の容器に入れ、自宅の冷蔵庫に保管して万一の救急時に備えます。救急車を呼んだときに、その医療情報を確認することで、適切で迅速な処置ができます。

安心キットの対象者は？

原則、65歳以上の高齢者世帯のみ世帯です。また、65歳未満でも、病気や障がいがあることで安心キットの配布を希望される方です。

安心キットはどこでもらえるの？

安心キットは湯沢市役所長寿福祉課にあります。備えつきたいご家庭は、長寿福祉課または民生児童委員にお知らせください。費用は無料です。

安心キットの使用方法

- 1 配布された安心キットのセット内容を確認してください。
 安心キット容器 救急情報シート シール マグネット
※確認したら□にチェックしてください。
- 2 救急情報シートに必要な事項を記入してください。
※シート記入方法を参考にしてください。
- 3 安心キット容器に救急情報シートのほかに保険証、診察券、お薬手帳、各種手帳のコピーや、緊急の際に伝えたいことをメモした紙を入れておいても結構です。
- 4 安心キットを冷蔵庫の中に入れてください。マグネットを冷蔵庫の正面など、誰が見ても分かるような形で貼ってください。
冷蔵庫に入れる理由。
① 入れる場所を統一しておけば、緊急の際、誰でもすぐ見つけられる。
② 冷蔵庫は、地震などの災害時でも壊れにくいことから、発見が容易。
- 5 最後に、緊急時に誰が見ても分かるように玄関の脇などにシールを貼ってください。

安心キットセット内容

安心キットのセット内容は、安心キット容器、救急情報シート、シール、マグネットの4点になります。

安心キット容器



救急情報シート

救急情報シート

住所 〒 -			(平成 年 月 日作成) (平成 年 月 日変更)
電話番号 自宅 () 携帯 ()			写真
本人氏名 (フリガナ)	性別	男 女	
生年月日 平成 年 月 日	血液型	RH 型	
医療機関 診察券等のコピー	通院している医療機関① 有・無	通院している医療機関② 有・無	
名称			健康保険証 有り・無し 有りの場合は写しを キットに入れて下さい
科目・担当医			
所在地			
電話番号			
飲んで いる薬 (薬剤名・用法・ 量の薬しなど)			
かかっ ている病 気			
病歴 これまでにかか りかた			
アレルギー			
その他 救急隊員へ の伝言など			
指定居宅介護 支援事業所 (ケアマネジャー の専業所)	所在地 〒 -	電話番号 ()	
緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
(1) (フリガナ)		日中	〒 -
		夜間	
(2) (フリガナ)		日中	〒 -
		夜間	
同意欄	容器の中に入っている救急情報を、消防本部・消防署等の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。 また、緊急時において、緊急連絡先に記入されている連絡先に連絡することに同意します。		
本人氏名		(印)	

※記入いただきましたら「救急医療情報キット」に入れてください。

シール



マグネット



保管している医療情報の確認を！！

記入している内容に変更はありませんか？安心キットに保管する医療情報は、いつも最新のものに取り替えてください。古い情報のままだと、適切な処置を受けることができなくなります。(救急情報シートは、長寿福祉課にあります)

安心キットについてのお問い合わせは

湯沢市役所長寿福祉課高齢福祉班
〒012-8501 秋田県湯沢市佐竹町1番1号
電話 0183-73-2123

救急情報シート記入方法

救急情報シート

住所 電話番号	〒 -			(平成 年 月 日作成) (平成 年 月 日変更)	
本人氏名	自宅 () 携帯 ()	性別	男 女	●本人の住所、氏名、血液型、生年月日を記入 (顔写真の貼り付けは任意です)	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	血液型	型 RH		
医療機関	通院している医療機関①	通院している医療機関②		●かかりつけの病院名、何科に通院しているかなどを記入	
診察券等のコピー	有 ・ 無	有 ・ 無			
名称					
科目・担当医					
所在地					
電話番号				(平成 年 月 日現在)	
飲んでいる薬 <small>(薬剤情報提供書の写しなど)</small>	●現在飲んでいる薬(お薬手帳のコピーでも可)、本人の現在かかっている病気やこれまでの病歴、アレルギーがあるかを記入 また、健康保険証のコピーも入れておく			健康保険証 有り・無し	
かかっている病気				有りの場合は写しを キットに入れて下さい	
病歴 <small>これまでにうけた手術</small>					
アレルギー					
その他 救急隊員への伝言など	●救急隊員への伝言など、緊急の際に何か伝えたいことがあったら記入				
指定居宅介護 支援事業所 <small>(ケアマネジャーの事業所)</small>	※介護認定を受けている方のみ ●ケアマネジャーの事務所や名前、連絡先を記入(ケアマネジャーの名刺を入れておいても可)			所在地	〒 -
				電話番号	()
緊急連絡先氏名		続柄	電話番号	住所	
(1) (フリガナ)	●緊急時の連絡先(連絡先の氏名と電話番号)を誤りなく必ず記入する	日中	〒 -		
(2) (フリガナ)		夜間			
		日中	〒 -		
夜間					
同意欄	容器の中に入っている救急情報を、消防本部・消防署等の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。 また、緊急時において、緊急連絡先に記入されている連絡先に連絡することに同意します。				
本人氏名				●これまで記入した情報を、救急隊や医療機関で活用してもいいということを同意する欄です。氏名及び押印をお願いします	

※記入いただきましたら「救急医療情報キット」