

「救急医療情報・救急安心シート」を活用しませんか？

高齢者の救急現場では、自分の症状や持病などをうまく説明できない場合があります。救急隊がその情報を把握するまで時間を要することがあります。八高連では、救急病院が必要とする、持病、服用中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などの情報を「救急医療情報」にあらかじめ記載していただき、その情報を活用して救急隊が救急病院へ連絡することによるスムーズな救急搬送を目指しています。令和元年には従来の救急医療情報に加えお薬手帳向けの「救急医療情報・救急安心シート」を作成しました。（どちらをご利用いただいても結構です。）

「救急医療情報・救急安心シート」は市役所、病院、調剤薬局、市内消防署所において配布しています。また、市役所及び八王子消防署ホームページにも掲示しています。

《救急医療情報》

八高連から 65歳以上の方へ
「救急医療情報」のお知らせ

もしものときに「救急医療情報」でスムーズな救急搬送が
 八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（通称「八高連」）では、高齢者（おおむね65歳以上）の持病に
 あらかじめご自身の持病、服用中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などを記入して「救急医療
 情報」の用紙を作成しました。
 高齢者の救急が救急車を必要とした「もしもの」ときに、救急隊や病院が救急医療情報」を共有
 することで、適切な救急搬送や病院での適切な対応が可能となります。

「救急医療情報」の使い方

普段
 「救急医療情報」に必要事項をあらかじめ記入し、お薬手帳などに添付して持ち歩きましょう。

緊急時
 救急隊が「救急医療情報」に基づいて情報を収集し、必要に応じて緊急連絡先へ連絡します。

救急搬送
 適切な病院へ迅速に搬送し、救急搬送後のスムーズな病院搬送を実現します。

記入の仕方

- 本紙の記入例を参考に記入し、折り目線から切り離して使用してください。
- 「救急医療情報」の裏面に「救急医療情報」の裏面に記入する必要はありません。
- 「もしもの時に医師に伝えたい事」欄は、ご家族とよく話し合い、合意の上で記入してください。
- 「救急医療情報」は、救急搬送時（その時）のご自身の情報が必須となります。持病、かかりつけの病院、服用している薬など、**時間経過に伴い変化が生じたものは、変更内容を記入し、必ず更新印刷（印刷番号が）**を大切にしてください。

八高連緊急連絡先

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会	救急特科連絡	八王子市
救急センター	八王子市救急医療センター	八王子市救急センター
救急医療センター	八王子市救急医療センター	八王子市救急センター
八王子市救急医療センター	八王子市救急医療センター	八王子市救急センター
八王子市救急医療センター	八王子市救急医療センター	八王子市救急センター
八王子市救急医療センター	八王子市救急医療センター	八王子市救急センター

救急医療情報

※ 本用紙は65歳以上の方を対象としています。（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会）

住所	八王子市 町 丁目 番 号
氏名	（年齢 歳 年 月 日 性別）
生年月日	西暦・西暦 年 月 日
性別	男・女
連絡先	— —
電話番号	— —

○**現在治療中の病気**
 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・整形外科・その他

○**かかりつけの病院**
 病名： 医師名： 連絡先：
 住所： 市・区 電話番号：
 担当医師： 担当薬剤師：

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の枠にチェックして下さい

できるだけ救命、処置をしてほしい
 苦痛をやわらげる処置なら希望する
 なるべく自然な状態で死守してほしい
 その他（ ）

○**緊急連絡先**

氏名	続柄	住所	電話番号

○**更新日**

作成日	年月日	更新日①	年月日

○**高齢者あんしん増設センター（地域包括支援センター）**

区 別	電話番号
-----	------

《救急医療情報・救急安心シート お薬手帳用》

四つ折りにしてお薬手帳サイズで携帯できます。紛失にご注意ください。

救急・安心シート活用法等

- 緊急時に救急隊がこの救急・安心シートを活用することで、なるべくご希望の医療機関へ連絡し、迅速な救急搬送することを目指す。
- 救急医療情報を記入し、合意の上で折り、お薬手帳と共に携帯してください。異変が起きた時に病院にお知らせします。
- お薬手帳ケースなどがない場合は、手帳にホチキス止め、のりづけするなど救急安心シートが落下及び紛失しないようご注意ください。

※誕生日などを欄に、年1回くらい内容を見直してください。

救急安心シート（救急医療情報）

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

① ② ③ ④

早 ね の 薬 手 帳

別紙2-2

救急医療情報

住所	八王子市 町 丁目 番 号
ふりがな	年 月 日 生 歳
氏名	
電話番号	042- — — 携帯 — —

現在治療している病気
 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・整形外科・その他

過去の病気等

かかりつけ①	よく利用する高齢者施設等
医師名： 施設名：	
主治医名： 連絡先：	
かかりつけ②	担当者：
医師名：	
主治医名：	

緊急連絡先（家族・親族・福祉関係者・ケアマネージャーなど）

氏名	続柄	住所	電話番号

☆もしもの時、医師に伝えたいことがあればチェックしてください。

できるだけ救命、処置をしてほしい
 苦痛をやわらげる処置なら希望する
 なるべく自然な状態で死守してほしい
 その他（ ）

※ 注意事項や活用法を確認の上作成し、年1回くらい記載した内容を見直してください。