

東淀川区の在宅医療連携を考える会「こぶしネット」  
代表 岡部 登志男  
連携ツール・グループ一同

## 《緊急時情報シート》について

日頃は、地域の介護・医療の現場などにてご尽力いただき感謝申し上げます。  
この度、こぶしネット（東淀川区の在宅医療連携を考える会）の連携ツール・グループにて作成いたしました、『緊急時情報シート』についてご案内申し上げます。  
本シートは、緊急時の対応に備えて必要な情報をあらかじめ整理・共有することを目的としております。

### 【作成主旨（経緯など）】

- ・ご利用者宅で緊急事態に遭遇する機会の多い訪問介護員（介護ヘルパー）が、安心して業務に当たることができるようにとの想いから、『緊急時情報シート』の作成を検討いたしました。
- ・本シートを活用することで、日頃の体調管理や変化への着目ポイントなども意識しやすくなると考えております。
- ・緊急対応時に必要と考えられる情報を備えておくことで、救急隊への迅速な情報提供が可能となり、救急車への同乗を求められることが少なくなるものと考えております。

### 【使用方法】

- ・本シートへの記載は、ご利用者本人、家族、担当介護支援専門員などを想定しております。  
必ずしもすべての項目を埋める必要はなく、把握している範囲でご記載ください。
  - ・記載内容は、過度の負担にならないタイミングでの更新をお願いします。
- ※ 医療等に関する専門的な内容も含まれておりますが、かかりつけ医や主治医などへの記載依頼をするものではございません。
- ・記載できた『緊急時情報シート』は、ご利用者宅にて保管してください。  
救急要請の際に、コピーを救急隊に渡せるよう準備いただくと安心です。
  - ・ご利用者等の同意が得られれば、事業所などでの保管も可能です。
- ※ 個人情報保護の観点から、訪問担当者が移動時に携帯することはくれぐれも、お控えください。

様式は、実際に使用いただいたうえでのご意見などを頂戴しながら、  
今後もより使いやすいシートに改善してまいりたいと考えておりますので、  
是非ともご活用いただきますようお願い申し上げます。  
なお本シートは、こぶしネットのホームページ（<https://kobushinet.jp/>）よりダウンロードしていただけます（掲載のホームページ用QRコードもご活用ください）。

《お問い合わせ先》 こぶしネット事務局  
東淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室  
TEL：06-4862-6124



## 【緊急時情報シート】解説書

- ・保管方法：クリアホルダーやクリアポケットに入れて玄関に置きましょう。
- ・個人情報が見えないように表紙を入れましょう。

## 【緊急時情報シート】

救急搬送は 119 番で「救急です！」



【緊急時情報シート】

救急搬送は

119番

「救急です！」



東淀川区の在宅医療連携を考える会 こぶしネット 連携ツールグループ：2526/1

【緊急時情報シート】

救急搬送は

119番

「救急です！」



# 【緊急時情報シート】

## 救急搬送は119番で「救急です！」

### 【ご本人の基本情報】

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
年齢	歳
住所 (〒)	
(マンション名)	
電話番号	

### 【119番に伝えること】

出血 あり なし

痛み あり なし

反応 あり なし

### 確認の仕方

①声掛け

②肩をたたく

③麻痺でない足や腕をつねる

訪問時の様子 :

### 【通院先】

1年以内の入院	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
2年以内の入院	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
3年以内の入院	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
4年以内の入院	： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )

### 【救急搬送時の持ち物】

保険証

お薬手帳と残薬

靴・衣類・杖など

この用紙

### 【緊急連絡先】

①	(続柄: )
連絡先	
②	(続柄: )
連絡先	
③ 担当介護支援専門員 :	
連絡先	
④ 担当ケースワーカー :	
連絡先	

### 同乗は？

する しない

同乗しない場合：今後の連絡先  
緊急連絡先への連絡状況について

(記入欄)

ふりがな	
名前	
生年月日	年 月 日

記入日	年 月 日
記入者	
延命治療希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない

アレルギー(食物) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーなし <input type="checkbox"/> わからない	

障害	<input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> わからない
身体(視覚・聴覚・音声言語)	知的(軽度・中等度・重度)
発達	その他( )
精神	
介護認定:要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
寝たきり度	:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症(日常生活)	自立度:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

アレルギー(医薬品) <input type="checkbox"/> 医薬品アレルギーなし	
造影剤	
薬( )	

特記事項	
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD挿入	在宅酸素療法
<input type="checkbox"/> 透析(シャント右・左)	CPAP
手術歴( )	

今使用している薬		□使用中の薬なし	□わからない
抗血小板剤	利胆剤	血管収縮剤	カルシウム剤
抗凝固剤	催眠鎮静剤	血管拡張剤	抗ヒスタミン剤
血糖降下剤	抗不安剤	高脂血症用剤	ステロイド剤
インスリン	抗てんかん剤	気管支拡張剤	甲状腺、副甲状腺ホルモン剤
強心剤	解熱鎮痛消炎剤	吐しゃ剤、整腸剤	その他のホルモン剤
不整脈用剤	抗パーキンソン剤	消化性潰瘍用剤	抗悪性腫瘍剤
利尿剤	精神神経用剤	制酸剤	免疫抑制剤
血圧降下剤	泌尿器官用剤	下剤	その他( )

### 内服薬記入欄

既往歴(治療中の病気を含む) 既往歴なし わからない

\*記入方法: 既往歴・現病歴

#### 脳・神経・感覚器・精神の病気

脳出血	縫内障	動脈瘤	統合失調症
脳梗塞	白内障	てんかん	慢性アルコール中毒
くも膜下出血	うつ病	パーキンソン病	その他( )

#### 心臓・血管・血圧の病気

高血圧	動脈の疾患	狭心症	深部静脈血栓症
不整脈(心房細動)	動脈瘤	心筋梗塞	その他( )

#### 肺・気管支の病気

気管支喘息	肺塞栓	肺気腫	その他( )
慢性気管支炎	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	肺結核	

#### 消化器の病気

胃・十二指腸潰瘍	肝硬変	肝機能障害	脾炎
炎症性腸疾患	胆石	肝炎(B型, C型)	その他( )

#### 腎・泌尿器の病気

慢性腎臓病	尿路結石	腎不全	ネフローゼ
腎炎	前立腺肥大	その他( )	

#### 代謝異常・免疫異常の病気

糖尿病	高尿酸血症(痛風)	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症
脂質異常	リウマチ	その他( )	

#### その他

がん( )	
-------	--

### 既往歴記入欄:

### 現病歴記入欄:

# 【緊急時情報シート】

## 救急搬送は119番で「救急です！」

【ご本人の基本情報】	
ふりがな	
氏名	男・女 <input checked="" type="radio"/>
生年月日	年 月 日
年齢	歳
住所 (〒)	
(マンション名)	
電話番号	

ジェンダーの方は  
生まれたときの  
性別を書く

〒、マンション名  
別欄で記入

訪問時の様子 :

会話ができるようであれば、  
訪問時間を記入したうえで  
経過を記入

【通院先】	
1年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
2年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
3年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )
4年以内の入院	: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 病院 )

かかりつけ医を  
一番最初に記入する  
のが望ましい

【緊急連絡先】	
① 連絡先	(続柄: )
② 連絡先	(続柄: )
③ 担当介護支援専門員： 連絡先	
④ 担当ケースワーカー： 連絡先	

仕事中には連絡が  
つかないことが  
あるため勤務先も  
聞いたほうが良い

# 【緊急時情報シート】

## 救急搬送は119番で「救急です！」

意識がない時はまず  
入室時間を確認し  
この順番で確認しま  
しょう。



### 【119番に伝えること】

- |    |                             |                             |
|----|-----------------------------|-----------------------------|
| 出血 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 痛み | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 反応 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

### 確認の仕方

- ①声掛け
- ②肩をたたく
- ③麻痺でない足や腕をつねる

独居の方は日頃から  
物のある場所を  
把握しておきましょう。



### 【救急搬送時の持ち物】

- |                                   |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保険証      |
| <input type="checkbox"/> お薬手帳と残薬  |
| <input type="checkbox"/> 靴・衣類・杖など |
| <input type="checkbox"/> この用紙     |

連絡先番号を記入し、  
状況も記入しましょう。



### 同乗は？

- する しない

同乗しない場合：今後の連絡先  
緊急連絡先への連絡状況について

(記入欄)

ふりがな	
名前	
生年月日	年 月 日

ふりがなは必ず書きましょう。

アレルギー(食物)  食物アレルギーなし  わからない

アレルギーは救急搬送されたなど重症のエピソードがあるか聞いておくとよいです。

アレルギー(医薬品)  医薬品アレルギーなし

造影剤  
薬( )

今使用している薬		□ 使用中の薬なし	□ わからない
抗血小板剤	利胆剤	血管収縮剤	カルシウム剤
抗凝固剤	催眠鎮静剤	血管拡張剤	抗ヒスタミン剤
血糖降下剤	抗不安剤	高脂血症用剤	ステロイド剤
インスリン	抗てんかん剤	気管支拡張剤	甲状腺、副甲状腺ホルモン剤
強心剤	解熱鎮痛消炎剤	吐しや剤、整腸剤	その他のホルモン剤
不整脈用剤	抗パーキンソン剤	消化性潰瘍用剤	抗悪性腫瘍剤
利尿剤	精神神経用剤	制酸剤	免疫抑制剤
血圧降下剤	泌尿器官用剤	下剤	その他( )

内服薬記入欄

服用中の薬は、お薬手帳があれば代用できますが、見つからないことが想定されれば記入しましょう。

1年に1回  
あるいは状態が変わったとき  
に更新しましょう

介護の主治医意見書  
を参考にしましょう

記入日	年 月 日		
記入者			
延命治療希望	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わからない
障害	<input type="checkbox"/> 障害なし	<input type="checkbox"/> わからない	
身体(視覚・聴覚・音声言語)	知的(軽度・中等度・重度)		
発達	その他( )		
精神			
介護認定:要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
寝たきり度 : 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症(日常生活)自立度:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
特記事項			
<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ICD挿入	在宅酸素療法	
<input type="checkbox"/> 透析(シャント 右・左)	<input type="checkbox"/> CPAP		
手術歴( )			

既往歴(治療中の病気を含む) 既往歴なし わからない

\*記入方法: 既往歴 現病歴

脳・神経・感覚器・精神の病気			
脳出血	縫内障	動脈瘤	統合失調症
脳梗塞	白内障	てんかん	慢性アルコール中毒
くも膜下出血	うつ病	パーキンソン病	その他( )
心臓・血管・血圧の病気			
高血圧	動脈の疾患	狭心症	深部静脈血栓症
不整脈(心房細動)	動脈瘤	心筋梗塞	その他( )
肺・気管支の病気			
気管支喘息	肺塞栓	肺気腫	その他( )
慢性気管支炎	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	肺結核	
消化器の病気			
胃・十二指腸潰瘍	肝硬変	肝機能障害	脾炎
炎症性腸疾患	胆石	肝炎(B型, C型)	その他( )
腎・泌尿器の病気			
慢性腎臓病	尿路結石	腎不全	ネフローゼ
腎炎	前立腺肥大	その他( )	
代謝異常・免疫異常の病気			
糖尿病	高尿酸血症(痛風)	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症
脂質異常	リウマチ	その他( )	
その他			
がん( )			

既往歴記入欄:

現病歴記入欄: