

# 救急医療情報シートを活用した高齢者救急搬送の取組について

福山・府中地域保健対策協議会

福山・府中地域保健対策協議会では、救急医療情報シートを活用した次の取組を行っており、この取組に協力いただける高齢者施設等を随時募集しています。

## 【背景】

- 高齢化の進展に伴い、傷病者に占める高齢者の割合は年々高くなり、病院選定困難事案が増加している。
- これに伴い、救急活動時間が年々長時間化する傾向にあり、高齢者の救急搬送時間の短縮を図る必要がある。

## 【救急医療情報シートとは】

- 高齢者及び高齢者施設等からの救急要請等「もしも」のときに、救急隊や医療機関が患者の医療情報や、診療に対する希望などを共有することで、より迅速かつ確な救急搬送や医療機関での適切な対応が可能となることを目的として作成したシートです。

## 【救急医療情報シートの様式】

※救急医療情報を、救急隊等へ提供することについて、同意できる場合に記入してください。

**救急医療情報**  
(福山・府中地域保健対策協議会)

作成日	令和 年 月 日	更新日	令和 年 月 日
-----	----------	-----	----------

※概ね1年ごとに内容の確認を行い更新日を記入してください。

住所			
ふりがな		性別	年齢 歳
氏名		男・女	(令和 年 月 日現在)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
連絡先電話番号	— — —		

◇医療情報 ※情報を変更された場合は、裏面に貼付してください。

現在治療中の病気 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 ( )

過去に医師から言われた病気

服用している薬 (※お薬手帳の写しは裏面に貼付)

かかりつけ医療機関	病院名	診療科
-----------	-----	-----

◇診療に対する希望 ※ご本人、ご家族でよく話合ってください。(意思疎通できない場合は空欄)  
※この希望は、いつでも修正・撤回することができます。

もしもの時に医師に伝えたい内容を「□」の中にチェックして下さい。  
※突発的に発生し、原因を取り除けば十分に回復が見込める場合を除く。

できるだけ救命、延命してほしい

苦痛をやわらげる処置だけ希望する

自然な状態で見守ってほしい

本人署名 \_\_\_\_\_  
家族署名 \_\_\_\_\_

※私の意思が尊重され、私の希望に従ってされた医療行為一切の責任は、私自身にあります。

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

◇地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等

名称	電話番号

※救急隊要請時に施設職員等が記入してください。

**救急隊への申し送り事項**

◇発生状況

発生時間	
場所	
要請概要	概要
応急手当	
家族への連絡の有無	有・無

◇連絡医療機関

医療機関名	応受者	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名	応受者	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名	応受者	(Dr・Ns・事務員)

医療情報貼付欄 (お薬手帳の写し等含む)

**施設職員の方へ**

(1) 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を、駆け付けた救急隊に迅速かつ的確に提供することを目的としています。

(2) 記載内容に変更があった場合は、その都度、新しい情報及び更新日を記載してください。

(3) 救急医療情報は個人情報ですので、管理等、紛失に注意してください。

(4) 緊急連絡先欄に記載されている方に対し、救急隊等が電話連絡をする場合がありますので、ご自身やご家族に同意を御得てください。

(5) 救急医療情報シートは救急隊に渡してください。必要であればシートの写しを施設で保管しておいてください。

※記入された救急医療情報は、救急隊と搬送された医療機関に提出し、救急業務以外に使用されることはありません。

◇記入方法についての問合せ先 福山・府中地域保健対策協議会事務局  
〒720-8511 福山市三吉町一丁目1-1  
広島県東部保健所福山支所厚生課  
TEL 084-921-1411 (ダイヤルイン)

◇救急医療情報シートの様式を希望される場合  
○電子データダウンロード ⇒ 福山・府中地域保健対策協議会 (※紙の様式については、事務局へ御連絡ください)  
<https://shikoku.fmed.jp/>

## ◎ 取組に御協力いただける場合は、必ず裏面の協力申出書をお送りください。

- 福山・府中地域保健対策協議会事務局

〒720-8511 福山市三吉町一丁目1-1

広島県東部保健所福山支所厚生課

TEL : 084-921-1411 FAX : 084-928-7882

送信先

福山・府中地域保健対策協議会  
事務局 行

E-mail: fjefkousei@pref.hiroshima.lg.jp  
Fax : (084) 928-7882

救急医療情報シートを活用した高齢者救急搬送に係る取組  
協力申出書

このことについて、次の施設において取組に協力します。

法人名	
施設名	
施設住所	〒
連絡先 (電話番号)	( ) —
代表者	
担当者	
施設定員	_____ 名
シート 必要枚数	_____ 枚

※電子様式は、福山・府中地域保健対策協議会 HP の新着情報「救急医療情報シートの様式等」に掲載しています。

※紙様式を希望される場合は、シート必要枚数欄に必要枚数を記入してください。記入された枚数を送付します。なお、紙様式の送付が必要ない場合は、0枚と記入してください。