

4. 救急隊及び病院への情報提供票 (介護関連施設入所・入居者の方向け)

介護関連施設入所・入居者の方向け 「救急隊及び病院への情報提供票」活用のお願

(蒲郡市民病院 患者支援センター)

◎ 蒲郡市民病院 患者支援センター資料より

このたび、介護関連施設の職員の方々にお集まりいただき、急変時の救急搬送や市民病院通院時にご提示いただく「救急隊及び病院への情報提供票（以降、様式という）」についてご協議いただき、別紙のと通りの様式を作成しました。

この様式は、介護関連施設に入所・入居中の方の医療にかかわる情報等を事前にご記入いただき、急変時の救急搬送や市民病院通院時にご提出いただくことで、スムーズな搬送や診療につなげることを目的として作成しました。

消防署で作成・利用されていた様式に、今回「緊急時における心肺蘇生の希望」に関する内容を追加しました。

この様式を利用することで、病院に搬送された際、本人・ご家族の意志に合わせた救命措置を行うとともに、少しでも患者様・ご家族・施設職員の方々への聞き取り時間を少なくし、ご負担を軽減できればと考えております。

つきましては、施設入所・入居中の方の状況について、平時にこの様式をご記入いただき、以下の際にご持参くださいますようお願いいたします。なお、この様式と同様の内容が記載された「カルテのコピー」や「サマリー」等をご持参いただける場合は、この様式をお持ちいただかなくても結構です。また、ご提出いただいた様式は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。

＜蒲郡市民病院へ「情報提供票」をご持参いただきたい時＞

- ▶ 施設入所・入居中の方を救急搬送される時
- ▶ 施設入所・入居中の方の救急外来受診時
- ▶ 施設入所・入居中の方の一般外来受診時

【問い合わせ先】

蒲郡市民病院 患者支援センター

電話 0533-66-2310 FAX 0533-66-2308

「救急隊及び病院への情報提供票」と記入例 (蒲郡市民病院 患者支援センター)

◆ 救急隊及び病院への情報提供票

(介護関連施設からの情報提供用)		作成日 令和 年 月 日	
救急隊及び病院への情報提供票		施設名	
		住所	
		TEL	
住所			
ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢 (年 月 日 現在) 歳
現在の施設 利用状況	入所・入居 ショートステイ ロングショートステイ その他 ()		
現在治療中の 病気			
現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の口に✓		
過去の病歴			
掛かりつけ 医療機関			
本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明		
意思確認対象者 (上記の意思を表明した のは誰か)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者 (本人との関係性:)		
普段の生活			
会 話	可 ・ 不可	歩 行	自力歩行 ・ 補助歩行 ・ 車イス ・ 寝たきり
食 事	経 口 ・ 介助経口 ・ その他 ()		
緊急連絡先			
ふりがな 氏 名		電話 番号	続柄
住 所			
ふりがな 氏 名		電話 番号	続柄
住 所			

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません
 ※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。
 【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】

〈記入例〉

(介護関連施設からの情報提供用)		作成日 令和 6 年 2 月 1 日	
救急隊及び病院への情報提供票		施設名 特別養護老人ホーム〇〇〇	
		住所 蒲郡市平田町向田1番地1	
		TEL 0533-66-2310	
住所	蒲郡市平田町向田1番地1		
ふりがな 氏名	がまごおり はなこ 蒲郡 花子	性別	男 ・ 女 <input checked="" type="radio"/>
生年月日	明治 大正 昭和 平成	11 年 1 月 1 日生	年齢 (R6 年 2 月 1 日 現在) 88 歳
現在の施設 利用状況	入所・入居 ショートステイ ロングショートステイ その他 ()		
現在治療中の 病気	1) 高血圧症 2) 脳梗塞後遺症(左不全麻痺) 3) 脳血管性認知症		
現在服用中の薬	<input checked="" type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の口に✓		
過去の病歴	・子宮がん(H10年子宮全摘出) ・左大腿骨頭部骨折(H29人工骨頭置換術) ・脳梗塞(R元年)		
掛かりつけ 医療機関	蒲郡市民病院 脳神経外科		
本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり <input checked="" type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明		
意思確認対象者 (上記の意思を表明した のは誰か)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄: 長男) <input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者 (本人との関係性:)		
普段の生活			
会 話	可 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 不可	歩 行	自力歩行 ・ 補助歩行 ・ 車イス <input checked="" type="checkbox"/> ・ 寝たきり
食 事	経 口 ・ 介助経口 <input checked="" type="checkbox"/> ・ その他 ()		
緊急連絡先			
ふりがな 氏 名	がまごおり たろう 蒲郡 太郎	電話 番号	0533-66-2200 続柄 長男
住 所	蒲郡市平田町向田1-2		
ふりがな 氏 名	がまごおり はなみ 蒲郡 花美	電話 番号	0533-66-2307 続柄 長女
住 所	蒲郡市平田町向田1-3		

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません
 ※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。
 【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】

こちらの「救急隊及び病院への情報提供票」は、介護関連施設介護関連施設入所・入居者の方向けのものです。情報提供票の様式につきましては、「資料集 1. 各種様式 等」にありますので、ご活用ください。