

# 「緊急医療情報キット」

## 普及啓発事業のご案内

健康上不安を抱える高齢者や障がいのある方の安心・安全を守る取り組みとして、「かかりつけ医」「緊急連絡先」「持病」「薬剤情報提供書（写）」などの情報を専用の容器に入れ、自宅の冷蔵庫に保管しておくことで緊急時及び災害時に備えるものです。

### 《情報活用のイメージ》

緊急時、救急隊員等が、迅速かつ適切な救急活動ができるように情報活用します。



## キットを活用する際は、以下の点をご了解ください

- ① 緊急時に限り、玄関戸（内側）にステッカーが貼られている場合は、緊急事態発見者が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出すことがあります。
- ② 救急隊員等が、救急活動に必要と判断した場合に限り、キット内の情報を確認・活用いたします。そのため、キットの保持者であることがわかっている場合でも、その救急活動によっては活用されない場合があります。
- ③ 救急活動において搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態によっては、記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。また、その他特記事項の欄に救急隊員等への伝言等が記入されている場合でも、必ずしもその伝言を実行できるものではありません。
- ④ 医療情報及び緊急連絡先などの情報を最新のものにしておくため、ご自身やご家族で、記載内容を定期的に確認することをお願いしています。各担当地域の民生委員や福祉協力員などが更新の声かけをさせていただきますことがあります。



沖縄県・沖縄県医師会が作成した人生会議（ACP）のパンフレット「命を守る」は、もしもの時、ご自身が望む医療やケアについて自分らしく生きるコツを描いた物語です。是非、大切な人とページをめくりましょう♪



この事業は、地域福祉の推進を図ることを目的とし、赤い羽根共同募金の配分金や那覇市社会福祉協議会への寄付金等を財源として、実施しております。



＜お問い合わせ＞

ふれあいネットワーク

社会福祉法人 **那覇市社会福祉協議会**

〒901-0155 那覇市金城3-5-4（那覇市総合福祉センター内）

**TEL.098-857-7766**

## 《なんで冷蔵庫なの？》

かけつけた緊急事態発見者、救急隊員等の救助者が、少しでも早くキットを探し出す必要があります。  
冷蔵庫は、ほとんどのお家で台所にあるので、探す手間がなくなり、すぐに確認する事ができます。

## 《配付対象者》※那覇市に在住

- ①65歳以上の健康上不安を抱える高齢者世帯
- ②ひとり暮らしの重度障がい者世帯及び見守りの必要な障がい者世帯
- ③その他、本会または関係機関が必要と認める世帯

## 《配付物》※すべて無料

原則として、専用の容器は1世帯1本です。ただし、緊急連携シートは利用人数分を配付します。

## 《配付及び保管方法》

- 申込**
- ①キットの利用を希望される方は、「緊急医療情報キット申込み書」に必要事項を記入し、窓口へ提出してください。  
※民生委員や医療従事者の関係者を通しての申込みも可能です。
- 配付**
- ②キット一式（①専用の容器②緊急連携シート③ステッカー2枚）お渡し方法については、担当職員にてご案内・調整致します。  
※ご利用するにあたり、お手伝いが必要な方は、社協へご相談ください。  
※郵送は行っておりません。ご了承ください。
- 保管**
- ③「緊急連携シート」を記入（ご家族または関係者にて代筆可）後、専用の容器に丸めて入れて下さい。容器ごと冷蔵庫に保管すると共に、ステッカーを①玄関戸（内側）②冷蔵庫の表扉に貼り付けてください。  
※記入を進める際、以下のものを事前準備する事をお勧めいたします。  
（診察券、身分証明書、お薬手帳 or 薬剤情報提供書、緊急連絡先2件）

### ※個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護に関する法律に基づき、取得した個人情報につきましては、那覇市社会福祉協議会及び関係機関がキットの配付や更新、見守りに必要な範囲でのみ利用し、当該目的以外で利用しません。

## 《実物大》



※ほぼペットボトル（500ml）と同じ大きさです。

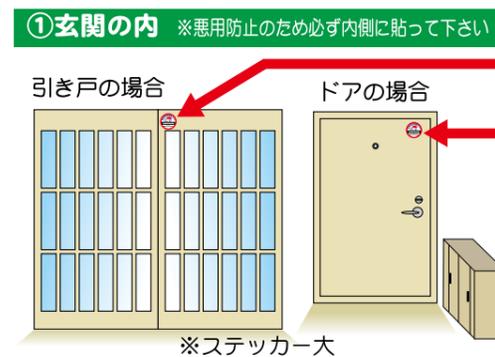
## 《キットに入れるもの》

- ①緊急連携シート  
※シート記入の際は、油性マジックをお使い下さい。
- ②薬剤情報提供書（写可）、お薬手帳（写）

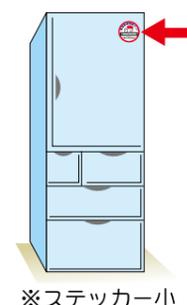
那覇市社協 緊急連携シート		施設名	住所
作成日	令和 年 月 日	作成者	本人・家族・関係者(氏名)
※記入いただいた以下の情報については、緊急時に医療関係者へ情報提供いたします※			
ふりがな	生年月日	大・中・小・令	年 月 日
氏名	性別	男・女	年齢(歳)
連絡先	住所	血液型	
※「薬剤情報提供書」または「お薬手帳(コピー)」を一緒に保管してください※			
医療機関名	かかりつけ医等氏名(診療科目)	連絡先	
利用中の訪問看護ステーション	担当者	連絡先(Tel)	
利用中の居宅介護支援事業所	担当者	連絡先(Tel)	
現在(治療中の病気)			
過去(医師診断の病気)			
その他特記事項	アレルギー( )	禁煙歴( )	
※継続の生活 ※該当する項目のみ記入して下さい※			
障害手帳(等級)	肢体(上・下・全体)・視覚・聴覚・内部・知的・精神・高聳		
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
会話	可 □ 不可 □ 移動 □ 車いす・杖・その他( )		
トイレ	自立・一部介助・全介助 □ 入浴 □ 自立・一部介助・全介助		
食事	自立・一部介助・全介助 □ その他( )		
※緊急時の連絡先 ※状況を伝えたい方 ※			
氏名	住所	電話番号	



## お願い！ステッカーは定められた位置に貼りましょう



### ②冷蔵庫の扉



※ステッカーの破損や粘着性の低下、紛失等があった場合は、新しいステッカーをお渡しますので、那覇市社会福祉協議会までお問い合わせください。