



救急搬送時の情報提供 及び、 災害時避難方法



作成日: 2025年12月(次回更新日: 2026年12月頃) 記入者:

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇	性別	生年月日	年	月	日
氏名	〇〇 〇〇	歳				
住所	大阪市港区			自宅電話	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	ひとり暮らし 高齢者世帯 その他:			携帯電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
保険情報	マイナンバーカード 資格確認書 被保険者証 休日・夜間等診療依頼証 介護保険被保険者証(要支援・要介護) 障がい者手帳()					
緊急連絡先	①	ふりがな	本人との関係	電話		
		氏名		携帯		
	★	住所	他の連絡先	職場の名称と電話番号や会社携帯など		
		②	ふりがな	本人との関係	電話	
	氏名	携帯				
		住所	他の連絡先	職場の名称と電話番号や会社携帯など		
		③	ふりがな	本人との関係	電話	
	氏名	携帯				
	住所	他の連絡先	職場の名称と電話番号や会社携帯など			

※ ①～③で、キーパーソン(主の介護者)には番号の下に★印付ける！！

病名 医療 ケア 機器 など	●主病名:例えば、糖尿病(〇年〇月〇日発症:〇〇病院で治療中)	
	●既往歴:圧迫骨折(〇年〇月〇日発症:〇〇病院でオペ施行)、など	
●人工呼吸器、在宅酸素など記載。医療機器ではなく、ストマや留置カテーテル挿入などの注意点や詳細を記載可		
移動方法 : 自立・部分介助(杖・歩行器)・全介助(車椅子:自走可・不可)		
排泄 : 自立・部分介助・全介助・ストマ・リハビリパンツ・パット・オムツ		
食事 : 常食・一口大・キザミ・ペースト 食物アレルギー : なし・不明・あり		
摂取方法 : 自立・部分介助・全介助・経管栄養・胃ろう		
義歯 : なし・部分入歯(上・下)・総入れ歯(上・下)		
認知 : 認知症あり・認知症なし・物忘れあり		



発行: 2025年12月

【作成:発行】大阪市港区保健福祉センター、港消防署・水上消防署、港区在宅医療・介護連携推進会議
(一般社団法人港区医師会、一般社団法人港区歯科医師会、一般社団法人港区薬剤師会、JCHO大阪みなと中央
病院、港区在宅医療・介護連携相談支援室、港区居宅介護支援事業者連絡会、港区訪問看護ステーション連絡
会、訪問介護連絡会、港区デイ事業者連絡会、港区地域包括支援センター、港区南部地域包括支援センター、
港南・市岡東・築港ランチ)

救急受入れ病院の 通院や入院歴があれば記載	病院・診療科	診察券番号:	担当医	カルテがある患者様は病院が情報把握しやすく、搬送受け入れスムーズの可能性あり	電話	06-0000-0000
		診察券番号:	担当医		電話	
かかりつけ医療機関	病院・診療科		ふりがな		電話	
		診察券番号:	担当医			
担当 ケアマネジャー	事業所名	〇〇居宅事業所			ふりがな	
	住所	大阪市			担当名	
	電話				電話	
	例えば:日曜日・祝日・年末年始は事業所がお休みとなっておりますが緊急時は上記の〇〇へご連絡下さい。転送電話担当者へ繋がりますなど記載できるスペースです。					
支援機関	事業所名	〇〇クリニック	電話:	携帯:		
	事業所名	〇〇歯科	電話:	携帯:		
	事業所名	〇〇訪問看護	電話:	携帯:		
	事業所名	〇〇訪問介護	電話:	携帯:		
	事業所名	港区役所生活保護課	電話:	携帯:		
薬局	薬情報(別紙参照)または処方先の薬局名: 〇〇薬局 連絡先: 06-0000-0000 薬物アレルギー: <u>なし</u> 不明 <u>あり</u> → () 服薬管理 自己管理できる <u>自己管理できない</u> 手渡せば飲み込みできる その他:例:家族やヘルパーが食後に服用を管理しています					
居住環境	建物	戸建て <u>マンション</u> アパート			エレベーター	<u>あり</u> なし
	居住階	〇 階建ての 〇 階			階段昇降	<u>できる</u> できない
避難先	風水害	名称	自宅または息子宅	住所	大阪市港区〇〇	
	地震	名称	自宅または息子宅	住所	大阪市港区〇〇	
介助の必要性	自立歩行可 手をつなぐ 杖 <u>歩行器(シルバーカー)</u> 車いす ストレッチャー					
避難手段	徒歩・交通機関 車いす <u>自家用車</u> タクシー 介護タクシー 寝台タクシー					
▲避難先は、在宅避難、親戚・知人宅、ホテル等も含めて検討して記載						
ACP(人生会議)について	ACPシート記載: <u>あり</u> ・なし・不明			延命治療希望: する <u>しない</u> ・搬送先の医師に相談する		
	ACPシートの置き場所:					
延命治療について	外因性心肺停止を疑う状況(交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、低体温等)に該当する場合は救急要請を行い、救急隊が駆けつけた際は救命処置等を実施します。 救急隊員は業務上、必要と判断した場合に心肺蘇生(人工呼吸や心臓マッサージなど)を行いながら病院へ搬送を致します。					
	●みんなで相談して、ご本人とご家族のご署名をお願いします。					
	署名日: 年 月 日					
	私は延命治療を望みます ・ 私は延命治療を望みません (左記の希望の場合は〇印をして下さい) 本人署名: 〇〇 〇〇 家族署名: 〇〇 〇〇 (長男)					
特記事項	※救急隊員の方へ・・・日頃のバイタル等の確認について 例えば、デイの利用あり → デイのファイルは車椅子に置いているデイ鞆の中にあります。など記載しても良い。 ※発見時のバイタル測定はその場で可能ですが日頃のバイタルが分かる血圧測定ノートなどあれば置き場所を記載することで救急隊員が確認をする事ができ、搬送先の病院に伝達をしてくれます。					
※オートロック番号:		キーボックス番号:				

※本シートは、救急隊員に法的な責任や義務が発生するものではありません。

※搬送時に本シートを携行できなかった場合であっても、これによって救急隊員の責任が問われることはありません。



救急搬送時の情報提供 及び、災害時避難方法



作成日： 年 月 (次回更新日： 年 月頃) 記入者：

ふりがな			性別	生年月日	年	月	日	
氏名			歳					
住所	大阪市港区				自宅電話			
	ひとり暮らし 高齢者世帯 その他：				携帯電話			
保険情報	マイナンバーカード 資格確認書 被保険者証 休日・夜間等診療依頼証 介護保険被保険者証(要支援・要介護) 障がい者手帳()							
緊急連絡先	①	ふりがな	本人との関係		電話			
		氏名						
		住所						
	★	住所	他の連絡先					
		②	ふりがな	本人との関係		電話		
			氏名					
	住所							
	③	ふりがな	本人との関係		電話			
		氏名						
		住所						

※ ①～③で、キーパーソン(主の介護者)には番号の下に★印付ける！！

病名 医療 ケア 機器 など	
移動方法：自立・部分介助(杖・歩行器)・全介助(車椅子:自走 可・不可)	
排泄：自立・部分介助・全介助・ストマ・リハビリパンツ・パット・オムツ	
食事：常食・一口大・キザミ・ペースト 食物アレルギー：なし・不明・あり	
摂取方法：自立・部分介助・全介助・経管栄養・胃ろう	
義歯：なし・部分入歯(上・下)・総入れ歯(上・下)	
認知：認知症あり・認知症なし・物忘れあり	



発行：2025年12月

【作成：発行】大阪市港区保健福祉センター、港消防署・水上消防署、港区在宅医療・介護連携推進会議
(一般社団法人港区医師会、一般社団法人港区歯科医師会、一般社団法人港区薬剤師会、JCHO大阪みなと中央
病院、港区在宅医療・介護連携相談支援室、港区居宅介護支援事業者連絡会、港区訪問看護ステーション連絡
会、訪問介護連絡会、港区デイ事業者連絡会、港区地域包括支援センター、港区南部地域包括支援センター、
港南・市岡東・築港ランチ)

氏名

救急搬送時の情報提供シート

救急搬送先の病院
へお渡しください



冷蔵庫の扉に貼って下さい

大阪市港区在宅医療・介護連携推進会議

