

緊急時情報シート（保存版）

【お願い】このシートの内容に変更があった場合には、修正して更新日を記入してください。

〔記入日〕 西暦 年 月 日

〔更新日〕 西暦 年 月 日

〔更新日〕 西暦 年 月 日

ふりがな		性別		(明治・大正・昭和)
氏名			生年月日	年 月 日
住所	川崎市 区		電話番号	— —
かかりつけ 病院等	医院・病院名： （担当医： ） 電話番号： — —			
持病・服用薬	治療中の病気： 服用薬：			
特記事項 (アレルギー など)				
関係機関	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所など： （担当ケアマネ： ） 電話番号： — —			
積極的な 延命治療	希望する ・ 希望しない ・ わからない			

＜緊急連絡先＞ もしもの場合の「緊急連絡先」を書いておきましょう。

お名前	続柄（ ）	住所 勤務先など	〒
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		
お名前	続柄（ ）	住所 勤務先など	〒
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		

＜同意欄＞ 内容を確認の上、本人が署名してください。代筆の場合は押印してください。

このシートに記載されている情報を医療機関、行政関係者等が緊急時の活動に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印 （本人の署名又は記名押印）
 代筆者氏名（ _____ ）・続柄（ _____ ）

こちらの面を裏側にして、冷蔵庫の外側などに貼っておきましょう！

緊急時情報シート（保存版）

緊急時に備え、このシート（裏面）に記入しておきましょう。

記入後、こちらの面が見えるように冷蔵庫の外側などに貼っておきましょう！

◆この緊急時情報シートは、持病やかかりつけの病院等について事前に記した情報を用意することにより、本人の状態に適した医療機関への搬送など、緊急時に適切な活動をスムーズに行うためのものです。

◆救急救命活動など緊急時の活動を行う際、冷蔵庫の外側などに貼られているこのシートを発見した場合は、本人または同居人の同意を得ることなく、このシートに記載されている情報を活用して救急搬送等を行います。

◆本人または同居人等が会話可能な場合は、このシートの情報よりも本人等からの直接の情報が優先されることがあるため、情報を尋ねられることがあります。

◆記載されている個人情報は、救急救命活動など緊急時の活動に活用すること以外の目的には使用しません。なお、普段、個人情報が見えないようにこちらの面が見えるように冷蔵庫等に貼ってご活用ください。

◆介護保険や、高齢者在宅生活支援サービスについてのご相談は・・・

市役所	担当	電話
川崎区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-201-3080
幸区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-556-6619
中原区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-744-3217
高津区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-861-3255
宮前区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-856-3242
多摩区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-935-3266
麻生区役所	高齢・障害課 高齢者支援係	044-965-5148

◆お住まいの地区の「地域包括支援センター」でも、介護、福祉、健康、医療などのご相談をお受けしています。同封のチラシ「川崎市 地域包括支援センター」で、お住まいの地区の地域包括支援センターを確認いただき、下記にメモしておくとう便利です。

名称	住所	連絡先
	川崎市 区	TEL: