



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				携帯	
		★	住所			他の連絡先	
	②	ふりがな			本人との関係	電話	
		氏名				携帯	
		住所			他の連絡先		
	③	ふりがな			本人との関係	電話	
		氏名				携帯	
		住所			他の連絡先		

※ 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)

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		電話	
		診察券番号:	担当医		電話	
かかりつけ医療機関	病院・診療科	診察券番号:	ふりがな		電話	
			担当医			
担当ケアマネジャー	事業所名		ふりがな			
			担当名			
	住所		電話			
支援機関	事業所名		電話:		携帯:	
	事業所名		電話:		携帯:	
	事業所名		電話:		携帯:	
	事業所名		電話:		携帯:	
	事業所名		電話:		携帯:	
薬局	薬情報(別紙参照)または処方先の薬局名: 連絡先: 薬物アレルギー: なし 不明 あり →() 服薬管理 自己管理できる 自己管理できない 手渡せば飲み込みできる その他:					
居住環境	建物	戸建て マンション アパート			エレベーター	あり なし
	居住階	階建ての 階			階段昇降	できる できない
避難先	風水害	名称		住所		
	地震	名称		住所		
介助の必要性	自立歩行可 手をつなぐ 杖・歩行器(シルバーカー) 車いす ストレッチャー					
避難手段	徒歩・交通機関 車いす 自家用車 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: あり・なし・不明			延命治療希望: する・しない・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○印をして下さい)					
特記事項	本人署名: 家族署名: ()					
※オートロック番号: キーボックス番号:						