令和５年１２月吉日

宮西連区　町会長各位

宮西連区　地域づくり協議会
会長　森　雅昭

「救急医療情報キット」配布についてのお願い

拝啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は町内会活動に多大なるご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、一昨年１０月に令和３年度の提案事業の一つであります「命のバトン事業」を実施し、７５歳以上の皆様を対象に各ご家庭に「救急医療情報キット」を配布しました。

但し「ひとり暮らし高齢者」申請済みの皆様には民生委員様よりお届け、またご夫妻の場合は１セットの配布となっています。緊急時、救急隊員に迅速な情報伝達を行い、高齢者家庭を守るため、地域の方々と共に自助・共助の一翼を担う事業です。

昨年（令和４年）は資料の整備が遅れ、配布できませんでしたが、本年度より継続して事業を進めてまいります。対象は昭和２２年と昭和２３年生まれの皆様になります。

◇ セット内容 ◇　（ビニール袋に入っています）
・円筒型バトン　１本　・救急情報用紙　２枚　・説明書　１部
・マグネットステッカー（冷蔵庫貼付用）１枚　・ステッカー（玄関貼付用）１枚

つきましては、町会長様にはご負担をおかけしますが、別途準備しましたリストに基づき、該当世帯への配布をお願い申し上げます。

お名前の前に「〇」印の方が対象者です。

必要数の「救急医療情報キット」は１２月２日以降に各ブロック長様よりお届けする予定です。

なお、リストには「個人情報」が含まれていますので、配布後は適切な廃棄処理をお願い申し上げます。

ご不明な点があれば、事務局松下まで（０８０－９１１４－５８６９）お問い合わせください。

宜しくお願い申し上げます。

敬具

令和5年度 「救急医療情報キット」配布数集計表（敬称略）

令和5年12月2日現在

B	町内会名	町内会長名	対象者	夫婦	一人暮らし	施設入居	計	ブロック計	備考
1	千歳通1	宇佐見　ひろみ	0				0	5	
	長良町1，2	坂川　玄幸	3	2			1		
	長良町3	堀場　敦	3	2			1		
	琴平町	井戸田　敬子	1				1		
	栄町1	佐々　憲一	2				2		
2	本町通1	平林　秀夫	3	1			2	8	
	上本町通2	森岡　巳代子	1				1		
	上本町通3	土川　和宏	2			1	1		
	上本町通4	坪内　史子	3				3		
	神田町1	林　源逸	2	2			0		
	柳町	森　達	1				1		
3	音羽通1	原　久志	6	1			5	18	
	音羽通2	今井　克哉	1				1		
	押場町1	河村　雅世	3	2	1		0		
	押場町2	石原　忠彦	12	4			8		
	上本町通1	浅井　友一	4				4		
4	細田町	立松　一子	14	3			11	14	
	押場町3	大野　典久	5	3			2		
	大正通2	鈴木　芳光	1	1			0		
	野黒住宅	渡邉　秀昭	2	2			0		
	押場中央	島上　ふゆ子	1				1		
5	西本町	田島　信	1	1			0	10	
	祢宜町	川浦　和彦	3	1			2		
	松井町1	真野　智至	2				2		
	宮西通1	吉田　正雄	1				1		
	宮西通2	伴野　義友	1	1			0		
	宮西通3	冨板　保夫	3	1			2		
	杉戸町1	中西　さやか	3				3		
	シティーホームズ	加賀谷　彰宏	0				0		
6	音羽通3	水野　徳一	4	1			3	15	
	大正通5	村手　敦	4	2			2		
	楽橋町	小島　壮太郎	3				3		
	宮西通4	堀田　吉則	4	1			3		
	杉戸町2	安藤　文雄	5	1			4		
7	音羽通4	下田　克久	2	2			0	9	
	和田町	福田　真一	11	4			7		
	大正通3	田中　豊	2		1		1		
	大正通4	髙橋　一	2	1			1		
	杉戸町3	加藤　頼雄	1		1		0		
8	九品町1，2，3，4	柴田　美菜	17	2			15	19	
	宮西通5	杉村　直四郎	3				3		
	宮西通6	角野　彰	4	3			1		
	宮西通7、8	米倉　整	10	3			7	13	
	常願通1	佐藤　敦	2				2		
	常願通2、3	小林　誠	5	1			4		
9	北神明町1	岩田　茂樹	13	7			6	22	
	北神明町2	柴田　哲正	11	3			8		
	北神明町3	杉山　隆之	12	2		3	7		
	北神明町4	後藤　加代	2	1			1		
10	西島町1	丸川　裕史	4	1			3	17	
	西島町2	長瀬　功典	7	2			5		
	西島町3，4、5	佐藤　敏朗	12	2		1	9		
11	長島町1、2、3	古田　好子	18	8			10	10	
	中島通	柴田　隆博	8	3			5	21	
	長島町4、5	岩田　義幸	10	7			3		
	中島コーポラス	鎌田　真理子	9	4			5		
	プラザー宮	松井　博士	10	2			8		
			279	90	3	5	181	181	

高齢者・障がい者など万一に備えたい人のための

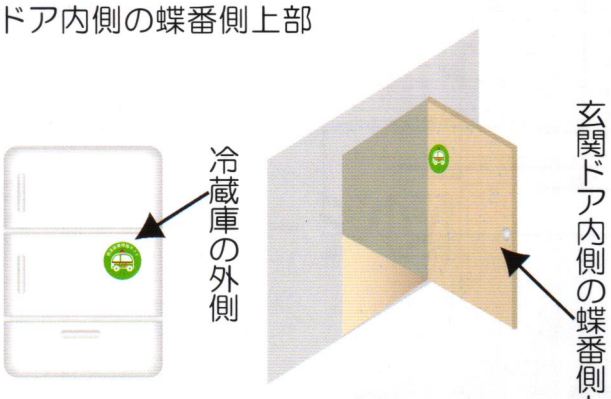
救急医療情報キット

救命作業を迅速に行うために救急医療情報キットを備えてください。

お願い ステッカーは、救急隊が発見しやすいよう、定められた場所に貼り付けましょう。

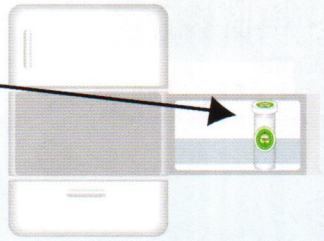
ステッカーの貼付場所

- 冷蔵庫のキットが収納されている扉の外側
- 玄関ドア内側の蝶番側上部



キットの保管場所

- 冷蔵庫扉の内側



救急医療情報キットをご利用にあたっては、以下の点をご了承ください。

- 玄関のドアの内側にステッカーが貼られている場合は、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出すことがあります。
- 救急医療情報キットは、救急隊が救急活動に必要と判断した場合に活用いたします。そのため、救急医療情報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
- 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、救急医療情報キットに記載された「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「救急隊への伝言」についても必ずしも、その伝言を実行できるものではありません。

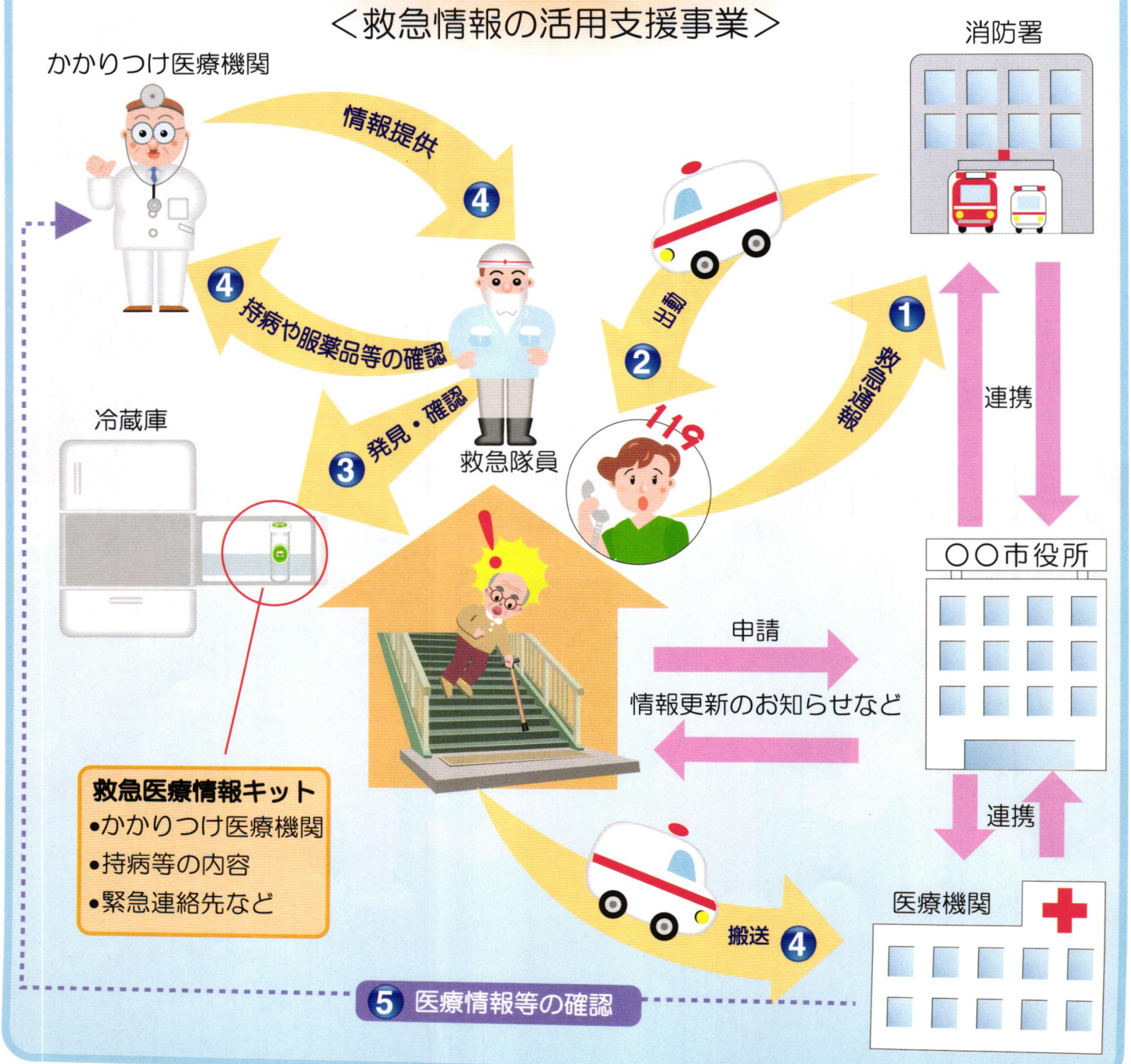
■お問い合せ

《救急医療情報キット》とは？

高齢者や障がい者などの安全・安心を確保することを目的に「かかりつけ医」「薬剤情報提供書(写)」「持病」などの医療情報や,「診察券(写)」「健康保険証(写)」などの情報を専用の容器に入れ、自宅に保管しておくことで、万一の救急時に備えるものです。
また、救急時には下記のような仕組みにより迅速な救命活動を行うシステムです。

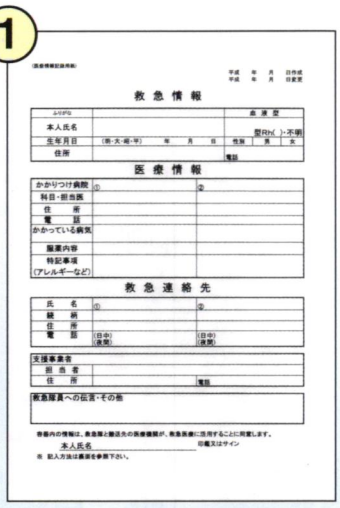
救急情報の活用イメージ図

＜救急情報の活用支援事業＞



救急医療情報キットに入れるもの

①



②

本人の写真

③

④

⑤

① 救急情報 ○緊急連絡先
○かかりつけ医
○緊急時の対応方法などを記載

② 写真(本人が確認できるもの)

③ 健康保険証(写)

④ 診察券(写)

⑤ 薬剤情報提供書(写)・お薬手帳(写) ※②～⑤はご本人様に用意していただくものです。

申請からキットの保管まで

- 「申請書」に必要事項を記入し、提出する。
- 救急医療情報キット及びステッカーを受け取る。
- 救急医療情報キットを自宅の冷蔵庫に保管する。
- ステッカーを玄関ドアの内側・冷蔵庫に貼り付ける。
- 救急医療情報キット内の情報は随時更新し、万一の時に備えましょう。

医療情報記録用紙

令和　　年　　月　　日作成
令和　　年　　月　　日変更

救　急　情　報

ふりがな		血　液　型		
本人氏名		型 Rh(　　)・不明		
生年月日	(明・大・昭・平)　　年　　月　　日	性別	男	女
住所		電話		

医　療　情　報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住　　所		
電　　話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊　急　連　絡　先

氏　　名	①	②
続　　柄		
住　　所		
電　　話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者		
担 当 者		
住　　所		電　話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印鑑又はサイン

※　記入方法は裏面を参照下さい。

記入の仕方、注意事項

《ご本人情報について》

生年月日：年については西暦、または該当する年号を〇で囲み、ご記入ください。
血液型：お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を〇で囲んでください。

《医療情報について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違えのないよう記入してください。
医療機関名は、２ヵ所記入できますが、身体情報をよく把握している医療機関を
優先してご記入ください。
持病・服薬内容
　薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。
特記事項
　特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、
　病院との決めごとを記入してください。

《緊急連絡先について》

３人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でも構いません。
連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。
支援事業者：ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《その他欄について》　　（記入例）

・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
・その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。
ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いします。

《医療機関へのお願い》

支援事業者欄は、退院等にともなうケアプランなどの変更等で、
ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
　（変更した日付を右上の欄に記入してください。）