

救急情報シート作成の手引き

館林地域メディカルコントロール協議会

一般社団法人館林市邑楽郡医師会

在宅医療介護連携相談センターたておう

2026年4月 第2版

はじめに

近年、救急要請は増加しており、さらには高齢化社会の進展に伴い、高齢者福祉施設等からの救急要請も増加しています。

また、人生会議（ACP）の普及に伴い、急変時の積極的な治療や身体に負担のかかる治療を望まない方も増えています。

救急要請があった場合には、救急隊や搬送先医療機関では積極的な治療が行われるため、中にはご本人の意に沿わない治療が実施される場合があります。

救急現場では、利用者のADLや緊急時の意向を把握できないことが多く、搬送先医療機関の決定までに時間を要す場合があります。

そのため、高齢者施設等から救急要請があった際に、救急隊と医療機関の連携が円滑に進むよう、「館林地域メディカルコントロール協議会」、「一般社団法人館林市邑楽郡医師会」、「在宅医療介護連携相談センターたておう」が協力して「救急情報シート」を作成しました。

搬送先医療機関の決定や、ご本人の意に沿った適切な治療ができるよう、事前に必要な情報を記入して準備いただくものです。

いざという時のために、迅速な救急対応が行えるように「救急情報シート」を活用していただきますようご理解、ご協力をお願いします。

いざという時のために

かかりつけ医、協力病院との連携、連絡体制の構築

いざという時に慌てないように、ご利用者の状態が悪くなった場合は、状況に応じてかかりつけ医や協力病院に相談し、指示を受けることが必要です。普段から、「どのような場合に、かかりつけ医に相談するのか」、「119番通報するのか」をかかりつけ医と相談しておきましょう。

緊急と判断した場合は、迷わずに119番に通報し、救急車を要請してください。

緊急性のない場合は、施設等の送迎用車両や、タクシー、民間患者等搬送事業者などの利用をお願いします。

救急情報シートの作成

ご本人にとっての最善の治療方針決定のためにも、ご本人や家族、かかりつけ医等での話し合いが重要となり、「緊急時の方針」を決めておくことは、速やかな搬送へと繋がります。

当然、救急現場では、家族に電話して意思確認をする時間的余裕はありませんので、話し合いをもとに救急情報シート「表面」を作成していただき、ご準備をお願いします。救急要請した後、「裏面」を記入して救急隊へお渡しください。

心肺蘇生を望まない意志表示について

救急隊は救命を役割とし、心肺蘇生を行わないこと（DNAR）を表明している方でも、救急要請がなされた以上は、原則として心肺蘇生を行い医療機関へ搬送します。

ご本人や家族から「心肺蘇生の実施を望まない意思表示」がある場合は、意向に沿えるように救急要請はせず、かかりつけ医師等へ相談して、施設（自宅）での看取りができるような体制作りが大切です。

※シート表面は事前に入力(記入)し、両面で印刷したものをサマリー等へ保管してください
 ※裏面は救急要請時に記入し、救急隊へお渡しください
 ※誕生日ごとに更新をお願いします

作成日・更新日

作成日:	令和 7 年 7 月 1 日	更新日③	年 月 日
更新日①	年 月 日	更新日④	年 月 日
更新日②	年 月 日	更新日⑤	年 月 日

本人情報 ※記載情報(個人情報)は救急業務目的以外で使用はいたしません。

ふりがな	しょうぼう たろう	性別	年齢	生年月日 (元号)	昭和 30 年 1 月 5 日	
氏名	消防 太郎	男	71歳			
住所	館林市〇〇町〇〇-〇			電話番号	090 - 1234 - 5678	
かかりつけ 病院等	病院名	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(下記に記載) 〇〇医院	協力病院等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (公立館林厚生病院)	主治医	〇〇医師
	病名	狭心症 主な現病歴を記載してください	電話番号	0276 - 1234 - 5678	訪問看護	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(下記に記載) 訪問看護ステーション〇〇
	使用中 の薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (利用中の訪問看護があれば記入してください) <input checked="" type="checkbox"/> おくすり手帳参照)				
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明				
医療的な ケア	<input type="checkbox"/> 透析のシャント	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ストーマ	
ADL	麻痺:	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	
	移動:	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 補助歩行	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	要介護:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	意思疎通:	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 簡単な会話は可能	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 認知症あり	
緊急時の方針 1つだけ☑をしてください	<input checked="" type="checkbox"/> とにかく救命、延命をしてほしい				ご本人、ご家族と良く話し合った上で 1つだけ☑してください	
	<input type="checkbox"/> 苦痛を少なく自然な状態にゆだねたい					
	<input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい					

緊急連絡先 ※日中連絡が取れる電話番号

第1連絡先(キーパーソン)		日中連絡が取れる電話番号も記載してください 日中に携帯電話でご連絡が取れる方は記載していただくなくても結構です			
ふりがな	しょうぼう いちろう	氏名	消防 一郎	長男	勤務先 (株)〇〇〇〇 電話番号 0276 - 2222 - 3333
第2連絡先		住所	〇〇市〇〇町-〇〇-〇		
ふりがな	しょうぼう じろう	続柄	消防 二郎	二男	携帯番号 090 - 5678 - 1234 勤務先 〇〇コーポレーション 電話番号 0276 - 2222 - 3333
利用中の居 宅介護支援 事業所	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(下記に記載) 〇〇在宅介護支援センター			担当者	ケアマネージャー 〇〇 利用中の介護居宅支援事業所があれば記入してください

済 未 かかりつけ医や嘱託医に相談し、救急要請

〇〇医院 〇〇医師 かかりつけ医、医師名を記入してください

済 未 受入れ先（ **公立館林厚生** ）病院へ連絡

〇〇医師から内科の〇〇医師へ連絡（予定）

済 未 家族（ **長男** ）へ連絡（ **20時** ）頃 病院到着予定

来院不可 家族への連絡状況など記入してください

受入れ先が決まっているようでしたら記入してください
医師から医師への連絡状況についても記入してください

済 未 医療保険証・介護保険証持参

済 未 お薬手帳・処方されているお薬を持参

有 無 救急車の同乗者（ **施設職員** ）

できるだけ利用者の状態を把握している方の同乗をお願いします

その他、救急隊へ伝えたいこと(要請時の状況・バイタルなど)

(メモ欄)

昨夜20時頃から発熱があり、朝の巡回時に呼吸苦、SpO2の低下がみられた。

呼吸 30回
脈拍 90回
血圧 140 / 80
SpO2 90 %
体温 38.0 °C

要請時の状況やバイタルなどを記入してください

【救急情報シートの問合せ先】

館林地域メディカルコントロール協議会事務局
(館林地区消防組合消防本部 救急管理係)
0 2 7 6 - 7 2 - 8 3 6 8

※この様式は、在宅医療介護連携相談センターたておう、または館林地区消防組合のホームページからダウンロードできます。

館林地域メディカルコントロール協議会
一般社団法人館林市邑楽郡医師会
在宅医療介護連携相談センターたておう

【お問い合わせ】

館林地域メディカルコントロール協議会事務局
(館林地区消防組合消防本部 救急管理係)

TEL:0276-72-8368

2025年7月16日 初 版
2026年4月 1日 第2版

救急情報シートは、在宅医療介護連携相談センターたておう、または館林地区消防組合のホームページからダウンロードできます。