

## あんしん医療連携シート（新規・更新）

作成日 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日			要介護度
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)			
住 所				電話番号		
ふりがな		本人との 関係	連絡先	住所		
キーパーソン名				電話番号		

## 緊急時連絡先

家 族 氏 名	続柄	電話番号	住 所

緊急時の延命治療を希望しますか？

※いつでも変更可能です

 希望する 希望しない 分からない

かかりつけ医（ ） TEL：（ - - ）

搬送先医療機関名	希望①		希望②			
主病名	①					
	②					
	③					
注意事 項	抗血小板・抗凝固剤	インスリン・経口血糖降下薬		禁忌・アレルギー		ペースメーカー植込
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	構音障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	NET119への登録	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
救急隊への 連絡事項						
医師の意見 (連絡事項)						
サービス事業所等	事業所名	担当者	電話番号	備考（携帯等）		
居宅介護支援事業所						
訪問看護ステーション						
ヘルパーステーション						

記載医師サイン

## <取り扱い方法>

### 「かかりつけ医へ」

- ▲あんしん医療連携シートは、かかりつけ医が必要と判断した場合、作成してください（不明な点は、本人またはご家族、ケアマネジャー等に確認してください）。完成したあんしん医療連携シートはコピーし、あんしんカプセルに入れ、本人またはご家族にお渡しください。
- ▲本シートを作成されました際は、薩摩郡医師会在宅医療相談支援センターへFAX(0996-53-4711)にて送信下さいます様、併せてお願い致します。
- ▲情報は、1年を目途に更新をお願い致します。

### 「本人またはご家族へ」

- ▲あんしんカプセルは自宅の冷蔵庫に保管し、救急搬送時や、かかりつけ医以外の医療機関を緊急に受診される際にご持参ください（冷蔵庫への保管をもって、情報を救急医療活動に利用することへの同意とみなします）。

本シートは、平成26年度薩摩郡医師会在宅医療推進地域支援事業により作成し、令和元年度にあんしん医療連携シートと名称を改め、さらに令和3年度に内容を一部改訂いたしました。

本シートに関するお問い合わせは、薩摩郡医師会在宅医療相談支援センター（0996-53-4711）までご連絡ください。