

# にいがたQQ連携シート

～このシートについて～

新潟市では、皆さまにあらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などを記入してもらう「救急医療連携シート」を作成しました。緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に、速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。記載内容に変更があった場合は、そのつど記載してください。

作成：新潟市在宅医療・介護連携推進協議会 発行：新潟市保健衛生部地域医療推進課

## 1 基本情報 ※事前記載

ふりがな			
氏名		年齢	歳
		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住所	新潟市	区	
連絡先電話番号			

## 2 医療の情報 ※事前記載

現在治療中の病気やケガ	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他の疾患（ ）		
過去にかかった主な病気			
現在の内服薬（お薬手帳の写し可）			
アレルギー	無 ・ 有（記入： ）		
かかりつけ医療機関 ※おおむね1年以内に受診歴 のあるなどの病院・診療所	医療機関名	診療科名	
	医療機関名	診療科名	
	医療機関名	診療科名	

## 3 連絡をとってほしい人 ※事前記載

氏名	続柄	住所	緊急時連絡先

## 4 かかわりのある医療・福祉・介護の関係者 ※事前記載

	機関名	担当者	緊急時連絡先	24時間対応
かかりつけ医				
訪問看護ステーション				
ケアマネジャー 生活相談員				
地域包括支援センター				
その他（ ）				
その他（ ）				

5 日常の体の動き ※事前記載

資料1-10

機能障害	①麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（部位：_____）
	②拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（部位：_____）
	③欠損	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（部位：_____）
	④視覚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 乱視 <input type="checkbox"/> 老眼 <input type="checkbox"/> その他：_____）
	⑤聴覚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり）
活動	①移動方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助（内容_____）
	②方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（_____）	
食事	①介助内容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助（内容_____）
	②摂取状態	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他（_____）
	③食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他（_____）	
排泄	①介助内容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助（内容_____）
	②方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他（_____）	
精神状態	①意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	②意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明	<input type="checkbox"/> JCS（_____）
	③危険行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（内容：_____）
特別な医療	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属物 <input type="checkbox"/> その他（詳細_____）		

6 その他、特記事項 ※事前記載

7 これからの治療や過ごし方について

❀ご本人のお気持ちや家族等の希望

1. できるだけ長く生きることが優先して治療を受けたい

2. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい

3. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい

4. 決められない・決めたくない

5. その他（\_\_\_\_\_）

❀わたしが伝えておきたいこと

もしもの時に困らないように、ご本人の希望やお考えについて、御家族や医療・ケアチームに伝えたいことがありましたら、書き記してみましよう

同意欄

上記1から7の情報について、緊急事態発見者、搬送先の医療機関、救急隊などの関係者で情報共有し、救急医療に活用することに同意します。	本人氏名	印又はサイン

作成日	更新日①	更新日②	更新日③
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

このシートはご自身で治療方法等を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。なお、何回も書き直すことができます。