

# にいがたQQ連携シート

資料3-4

～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「にいがたQQ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

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

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

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

	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

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

### 同意欄

上記1から6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、新潟市ほか「4. かかわりのある医療・福祉・介護の関係者」が、本シート及び新潟市が管理するICT情報共有ツールで情報共有し、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
<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____

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。

# もしものときのことを考えたことがありますか？

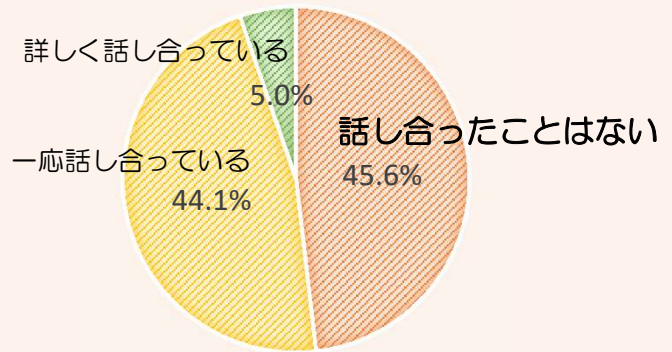
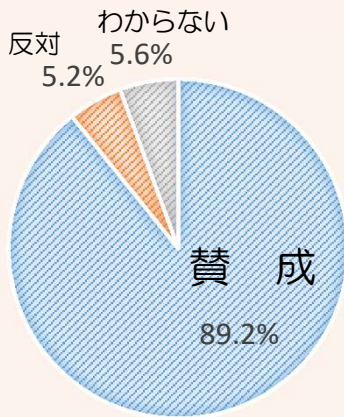
誰もが、いつ、命に関わる大きな病気やケガをするかわかりません。

しかし、もしものときに受けてほしい医療や介護について、自分で考えたり、家族と話しあったことがある人は少ないようです。

もしものときに慌てないよう、元気な時から、家族や大切な人との思いを共有しておくことは大切です。このシートをきっかけに、ご自身で、また、家族や友人、大切な人と考え、繰り返し話しあってみませんか？

## 「人生の最終段階における医療・ケアなどの話し合いを進めることについて」

「新潟市中央区自らが望む人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（令和元年7月）  
（中央区に住民登録している満65歳以上の男女2,000人）



もしものときに受けてほしい医療、受けてほしくない医療ってなんだろう？

考えたことないけど、ちょっと考えてみようかな・・・

最期まで自分らしい生き方をさせてあげたい。



あなたと、あなたの大切な人のために話しあってみませんか？

◆もし、生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？（複数回答可）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること    | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること   |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること   |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること  |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと     | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 今はわからない          |  |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）     |  |

◆もし、治らない病気になったり、気持ちを伝えられなくなったら、どこで、どんな治療やケアを受けてすごしたいですか？

（1）痛みや苦痛について

- できるだけおさえてほしい  自然のままでもいい  今はわからない  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

（2）最後を迎えたい場所

- 自宅  病院  施設  今はわからない  その他（ \_\_\_\_\_ ）

（3）医療に対する希望

- |                 |                                |                                  |                                |
|-----------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ①点滴治療           | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ②中心静脈栄養法        | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ③経鼻経管栄養法（鼻チューブ） | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ④胃ろう            | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑤心肺蘇生術          | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑥人工呼吸器          | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑦人工透析           | <input type="checkbox"/> してほしい | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> わからない |

◆もし、治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話しあってほしいですか？

- 配偶者（夫・妻）  子ども・孫  きょうだい  親戚（姪・甥など）  
 友人・知人  かかりつけ医  頼める人はいない  その他（ \_\_\_\_\_ ）

これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう

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。

本人氏名

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
<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____	<input type="checkbox"/> 記入支援者 <input type="checkbox"/> 代筆者 本人との関係 _____