

市民の皆さんへ

砺波型 地域でつなぐ

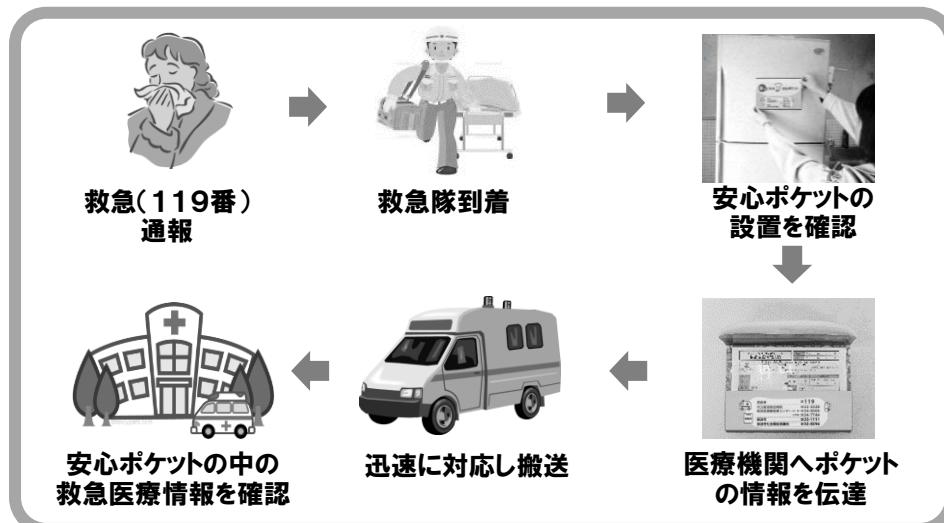
# 「ほっとなみ 安心ポケット」

冷蔵庫に貼っておきましょう

緊急時に必要な医療情報を安心ポケットに入れ、冷蔵庫に貼り付けて迅速な救急活動に役立てるものです。

## 【どのように使うの？】

もしもの時、救急隊がこの安心ポケットを見れば、持病や常用の薬など必要な情報を医師に的確に伝えることができ、救急搬送中の処置にも役立ちます。

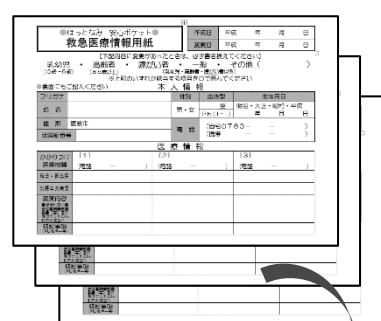


## 【安心ポケットの中に何を入れる？】

ご家族全員の緊急医療情報用紙（配布した用紙）を安心ポケットに入れてください。

## 【安心ポケットの設置方法】

- ① 安心ポケットキット一式（安心ポケット及びご家族の人数分の緊急医療情報用紙）を受け取る。  
※すでに安心ポケットを配布済みのご家庭に転入された方や、誕生されたお子さんには、緊急医療情報用紙のみお受け取りいただきます。
- ② 緊急医療情報用紙に必要事項を記入していただき、ご家族の人数分の用紙を安心ポケットに入れます。※記入方法は裏面にあります。
- ③ 安心ポケットを冷蔵庫の扉の正面に貼り付けます。



緊急医療情報用紙を  
安心ポケットに入れます



安心ポケットを冷蔵庫の  
扉の正面に貼り付けます



## 【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など、わからない場合は「不明」とご記入ください。

### 【医療情報について】

- ・医療機関名は3カ所記入できますが、身体状況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。
- ・治療中の病気・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。
- ・アレルギー等お持ちの方は、必ずご記入ください。

### 【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：日中と夜間の電話番号を記入ください。

### 【担当民生委員児童委員について】

- ・お住まいの地区の民生委員児童委員についてご記入ください。

### 【救急隊への伝言・その他】

- ・救急隊員に注意してほしいこと（搬送時など）で該当する□にチェックを入れてください。  
(変更が生じた場合は訂正していただき、変更した日付を右上の欄に記入してください。)

### 【記入例】

● ほっとなみ 安心ポケット 救急医療情報用紙		作成日	20XX年 〇〇月 〇〇日	
		変更日	20XX年 〇〇月 〇〇日	
●裏面にもご記入ください				
本 人 情 報				
フリガナ	トナミ タロウ	性別	血液型	生年月日
氏名	砺波太郎	男・女	O型 Rh(+) -	昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	砺波市 砺波町〇-〇〇	電 話	(自宅 0763-〇〇-〇〇〇〇) (携帯〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	
保険証番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇			
医 療 情 報				
かかりつけ 医療機関	[1] (電話 〇〇-〇〇〇〇 )	[2] (電話 〇〇-〇〇〇〇 )	[3] (電話 〇〇-〇〇〇〇 )	
科目・担当医	内科 出町一男	庄東二郎	庄川道子	
治療中の病気	高血圧	坐骨神経痛	結膜炎	
服薬内容 <small>書ききれない場合は薬剤情報提供書(写)などをポケットに入れてください</small>	アムロジピン	モーラステープ	リンデロン点眼薬	
アレルギー等	卵アレルギー		花粉症 (杉・稻)	

●表面にもご記入ください				
緊 急 連 絡 先				
フリガナ	トナミ イチロウ		ホクリク ハナコ	
氏名	[1] 砺波一郎	[2]	北陸花子	
続柄	長男		長女	
住所	砺波市福祉町〇丁目〇〇		砺波市協議会町〇〇	
電話	(日中 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) (夜間 0763-〇〇-〇〇〇〇) (勤務先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		(日中 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) (夜間 0763-〇〇-〇〇〇〇) (勤務先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)	
担当民生委員児童委員				
氏名	富山三郎	電話	(自宅 0763-〇〇-〇〇〇〇)	
救急隊への伝言・その他				
<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 障がい者（身体・知的・精神） <input type="checkbox"/> 意思疎通が難しい（思いが伝えられない等） <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 階段の上り下りができない <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用している（要支援1 <input checked="" type="radio"/> 要介護1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 障がい者福祉サービスを利用している（内容： <input type="checkbox"/> その他 [ ] )				
私は、安心ポケットの情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。				
お問い合わせ先	砺波市社会福祉課 地域福祉係 電話33-1111（内線125・126） 砺波市社会福祉協議会 地域福祉課 電話32-0294			

お問い合わせ先

砺波市社会福祉課 地域福祉係 電話33-1111（内線125・126）  
砺波市社会福祉協議会 地域福祉課 電話32-0294