

活用しましょう

救急・時間外受診連絡票

運用ガイドライン

救急・時間外受診の現状と課題

- ・救急・時間外受診の受け入れ医療機関が、
情報不足で困るのは居住系施設等から搬送される方が多い
 - ※必要な情報が不足している
 - ※付き添いの方が必要な情報を探せない
 - ※家族が付き添ってきたが、受診の理由をわかっていない 等
- ・岩手医科大学附属病院の移転により、
盛岡市内の救急指定病院への救急・時間外受診患者が集中
 - ※救急車による搬送だけでなく、時間外の受診が増加する

多職種間で課題を共有し

現状を改善していきましょう

「救急・時間外受診連絡票」導入のコンセプト

【利用者のかかりつけ医を決めましょう】
医療介護情報を統一したフォーマットで記載
医療介護情報を救急・時間外受診時に持参

在宅

適切な医療体制を守ることが、住民の安全・安心につながります

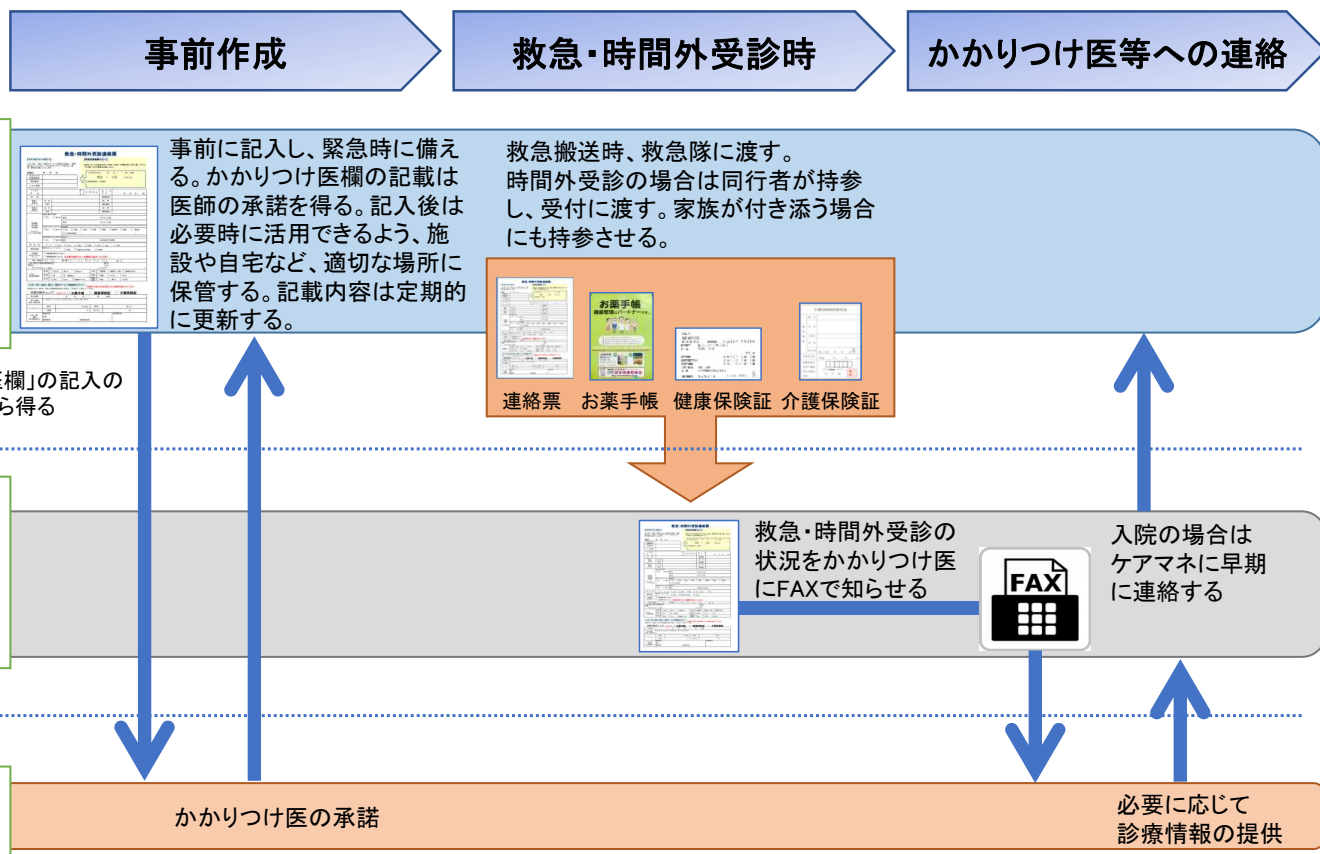
【入院時は、早期に情報を共有しましょう】
救急・時間外受診の状況をかかりつけ医にFAX通知
入院した場合は、早期にケアマネジャーへ連絡

病院

＜様式のダウンロードは下記よりできます＞

盛岡市ホームページ【トップ】→【健康・福祉】→【介護・医療】→【在宅医療・介護連携】→【救急・時間外受診連絡票】
盛岡市医師会ホームページ【トップ】→【在宅医療介護連携】→【救急・時間外受診連絡票】

■救急・時間外受診連絡票 運用の流れ



【矢印⇔で示している箇所をご参照ください】

ケアマネジャー、高齢者居住施設等の方へ

＜皆様＞

- ①この用紙は、原則として要介護・要支援認定を受けている高齢者が救急・時間外で医療機関を受診する際に最低限の医療情報を提供するのためのものです。
- ②上記の方が受診する際に、家族等が付き添えない等で、施設職員等が同行する場合等に持参してください。
- ③家族の方に付き添いを依頼する場合も、持参させてください。

＜ケアマネジャー、施設の管理者の方へ＞

- ①枠内の記載は、原則としてケアマネジャーが行いますが、要介護・支援認定を受けていない入居者等は、施設管理者等それに代わる方が記載してください。
- ②かかりつけ医欄の記載は、必ず医師の承諾を得てください。（その際は、主治医・ケアマネ連絡票を活用してください）
- ③かかりつけ医がいない場合には記載は不要ですが、救急・時間外の医療機関受診を減らすため、入居者にはかかりつけ医を持つよう働きかけをお願いします。
- ④施設職員が救急・時間外受診に連絡票を持参できるよう、保管場所を定めてください。宿泊を伴うサービス利用者で、夜間の滞在先が変わる場合等には、自宅と滞在先にそれぞれコピーを置くことや利用者の健康保険証と一緒にしておく等、工夫を図り、必要時に活用できる体制をとってください。
- ⑤健康保険証、介護保険証、お薬手帳は、それぞれコピーで構いませんので、最新のものを準備していただくようお願いします。

＜救急・時間外受診に同行する方へ＞

- ①枠内に受診に至った経緯を記載してください。
- ②忘れ物がないよう、持ち物チェックをお願いします。
- ③救急搬送の場合は、まず救急隊の方に用紙を渡してください。
- ④時間外受診の場合は、同行者の方が持参して受付で渡してください。
- ⑤家族が付き添う場合にも持参させてください。

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】
月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。

記載日 年 月 日

かかりつけ医療機関名

電話番号

FAX番号

【救急医療機関の方へ】
患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点検欄をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、月 日 () 時 分頃

受診・入院 しました。

医療機関名・診療科

フリガナ	氏名	男・女	生年月日	M T S H R S	年 月 日 (歳)
住 所	氏名	続 柄	電話番号		
家族① (チャイルド)	住所	続 柄	電話番号		
家族② (チャイルド)	住所	続 柄	電話番号		
現在治療中の病気	病名	かかりつけ医			
なし ☐ あり ☐	病名	かかりつけ医			
既往歴 手術歴	病名	かかりつけ医			
※主なものに チェックまたは記載	病名	かかりつけ医			
手術を受けたことあるか	手術を受けた病院				
なし ☐ あり ☐	手術を受けた病院				
認知症	□(I) □(IIa) □(IIb) □(IIIa) □(IIIb) □(IV) □(M) □無				
意思疎通	言語コミュニケーション □可能 □難解なものも可能 □不可能				
内服薬	□現在薬を飲んでいない □現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください				
介護保険	要介護: □1 □2 □要支援: □1 □2 □3 □4 □5 □6 □無				
居宅介護支援事業所名	電話:				
ケアマネジャー氏名	FAX:				
ADL 医療従事者等	移動 □歩行可 □歩行難 □車いす □寝たきり □口腔 □嚥下無 □嚥下有(全部) □嚥下有(部分)				
	排泄 □無 □有(具体的に)	食事 □普通 □嚥下 □トロリ			
	排泄 □自立 □オムツ □留置カテーテル	医療 処置 □吸引 □胃ろう □その他			

【入所(居)施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】
※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください

※持ち物チェック ※コピー可 ※お薬手帳 ※健康保険証 ※介護保険証

状況報告 R 年 月 日 () 時 分頃

紹介事由 いつから・どこが・どのように・どうしましたか

バイタルサイン 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 体温 ℃ SaO2 %

入所(居)施設 施設名 住所 電話番号 (連絡担当者) 引率者氏名

救急・時間外患者受け入れ医療機関の方へ

＜皆様へ＞ **ケアマネジャーは処置に対する同意等ではありません**

①この用紙は、原則として要介護・要支援認定を受けている高齢者が救急・時間外で医療機関を受診する際に最低限の医療介護情報を提供するためのものです。

②上記の方が受診する際に、家族等が付き添えない等で、施設職員等が同行する場合等に持参します。

③ケアマネジャーの役割は在宅療養者のケアマネジメントです。受診し帰宅後の在宅療養環境の調整が必要な場合や、入院時は早期に退院調整が図れるようにケアマネジャー名の記載欄を設けています。

④ケアマネジャーは医療処置に対する同意等ではありませんのでご注意ください。

⑤家族等の同意が必要な際には、緊急連絡先欄に記載の方に連絡を取っていただきますようお願いいたします。

＜受付の方へ＞

①この用紙を持参して受診した場合、付き添い者の有無に関わらず、受診の結果が出た段階（帰宅or入院）で、**枠内**に記載いただき、かかりつけ医にFAX通知していただくようお願いいたします。

※かかりつけ医が受診したことを知らない場合がありますので、入院した場合等の迅速な診療情報の提供等のためにご協力をお願いします。

＜入院病棟の方へ＞

②この用紙を持参して受診した方が入院した際には、付き添い者の有無に関わらず、**枠内**のケアマネジャー（ケアマネジャー氏名欄が空欄の場合は入居施設）に連絡していただくようお願いいたします。

※夜間・休日等は、ケアマネジャーに連絡が取れないことがありますので、持参した用紙を居宅介護支援事業所へFAXしていただくなど、適切な方法で、入院の事実を早期にケアマネジャーへ情報提供していただきますようご協力をお願いします。

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】
月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。
記載日 年 月 日

【救急医療機関の方へ】
患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、月 日 () 時 分頃
受診・入院 しました。

医療機関名・診療科

かかりつけ
医療機関名
電話番号
FAX番号

フリガナ
氏 名 男 女 生 年 月 日 M T S 年 月 日 (歳)

住 所 氏 名 電話番号
続 柄 電話番号

家族①
連絡先
(携帯電話) 氏 名 電話番号
住 所 続 柄 電話番号

家族②
連絡先
(携帯電話) 氏 名 電話番号
住 所 続 柄 電話番号

現在治療中の病気
☐ なし ☐ あり
病名: かかりつけ医: 病名: かかりつけ医:

現病歴
既往歴
手術歴
今までにかかったごとの病名
☐ なし ☐ あり
※主なものにチェックまたは記載
☐ 脳 ☐ 心臓 ☐ 血液 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 高血圧
☐ その他の病気 ()

手術を受けたごとの病名
☐ なし ☐ あり
病名: 手術を受けた病院:

認 知 症 ☐ (I) ☐ (IIa) ☐ (IIb) ☐ (IIIa) ☐ (IIIb) ☐ (IV) ☐ (M) * ☐ 無

意思疎通
言語コミュニケーション ☐ 可能 ☐ 難解なものも可能 ☐ 不可能

内服薬
☐ 現在薬は飲んでいない
☐ 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください

介護保険
有 要支援: ☐ 1 ☐ 2 要介護: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5無 ☐
居宅介護支援事業所名: 電 話: FAX:

ケアマネジャー氏名 (フリガナ)
移動 ☐ 歩行可 ☐ 車いす ☐ 寝たきり ☐ 口腔 ☐ 嚥食無 ☐ 嚥食有 (全部) ☐ 嚥食有 (部分)

ADL
医療処置等
麻痺 ☐ 無 ☐ 有 (具体的に) 食事 ☐ 普通 ☐ キザミ ☐ トロミ
排泄 ☐ 自立 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ☐ 医療処置 ☐ 吸引 ☐ 胃ろう ☐ その他

【入所 (居) 施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】
※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください
利用者さんが、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください

※持ち物チェック ※コピー可 ※お薬手帳 ※健康保険証 ※介護保険証

状況報告 R 年 月 日 () 時 分頃
紹介事由 いつから・どこが・どのように・どうしましたか
症状・発症日時

バイタルサイン 血圧 / mmHg 脈拍 回/分
体温 ℃ SaO2 %

入所 (居) 施設
住所 電話番号 (連絡担当者) 引率者氏名

かかりつけの先生へ

＜スタッフの皆様へ＞

①この用紙は、原則として要介護・要支援認定を受けている高齢者が救急・時間外で医療機関を受診する際に最低限の医療介護情報を提供するためのものです。

②上記の方が受診する際に、家族等が付き添えない等で、施設職員等が同行する場合等に持参するものです。

＜記載について＞ **かかりつけの先生が記載する事項はありません**

①枠内の記載は、原則としてケアマネジャーが行いますが、要介護・支援認定を受けていない入居者等は、施設管理者等それに代わって記載します。

②かかりつけ医欄の記載は、「主治医ケアマネ連絡票」を活用して、必ず医師の承諾を得てから行うようにケアマネジャー等に依頼していただきますので、適切な対応をお願いします。

＜救急・時間外の医療機関受診に至った経緯＞

②枠内に受診に至った経緯を施設職員等が記載し、受診に同行する方が持参します。

＜医療機関からの受診・入院通知がFAXで届きます＞ ③

救急・時間外受け入れ医療機関には、「この用紙を持参して受診した場合、付き添い者の有無に関わらず、受診の結果が出た段階（帰宅or入院）で、**枠内**に記載いただき、かかりつけ医にFAX通知していただくようお願いいたします。」と、依頼しております。

※かかりつけの先生への救急・時間外受診の事務レベル通知です。

※通知があった際には、入院した場合等の迅速な診療情報の提供や、枠内の受診に至った経緯をご確認いただき、そもそも救急・時間外受診に至らないように定期受診の勧奨や訪問看護等のサービスの利用等につなげられるよう、適切な対応をお願いします。

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】
月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。
記載日 年 月 日

【救急医療機関の方へ】
患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、月 日 () 時 分頃
受診・入院 しました。

医療機関名・診療科

かかりつけ
医療機関名
電話番号
FAX番号

フリガナ
氏 名 男 女 生 年 月 日 M T S 年 月 日 (歳)

住 所 氏 名 電話番号
続 柄 電話番号

家族①
連絡先
(携帯電話) 氏 名 電話番号
住 所 続 柄 電話番号

家族②
連絡先
(携帯電話) 氏 名 電話番号
住 所 続 柄 電話番号

現在治療中の病気
☐ なし ☐ あり
病名: かかりつけ医: 病名: かかりつけ医:

現病歴
既往歴
手術歴
今までにかかったごとの病名
☐ なし ☐ あり
※主なものにチェックまたは記載
☐ 脳 ☐ 心臓 ☐ 血液 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 高血圧
☐ その他の病気 ()

手術を受けたごとの病名
☐ なし ☐ あり
病名: 手術を受けた病院:

認 知 症 ☐ (I) ☐ (IIa) ☐ (IIb) ☐ (IIIa) ☐ (IIIb) ☐ (IV) ☐ (M) * ☐ 無

意思疎通
言語コミュニケーション ☐ 可能 ☐ 難解なものも可能 ☐ 不可能

内服薬
☐ 現在薬は飲んでいない
☐ 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください

介護保険
有 要支援: ☐ 1 ☐ 2 要介護: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5無 ☐
居宅介護支援事業所名: 電 話: FAX:

ケアマネジャー氏名 (フリガナ)
移動 ☐ 歩行可 ☐ 車いす ☐ 寝たきり ☐ 口腔 ☐ 嚥食無 ☐ 嚥食有 (全部) ☐ 嚥食有 (部分)

ADL
医療処置等
麻痺 ☐ 無 ☐ 有 (具体的に) 食事 ☐ 普通 ☐ キザミ ☐ トロミ
排泄 ☐ 自立 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ☐ 医療処置 ☐ 吸引 ☐ 胃ろう ☐ その他

【入所 (居) 施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】
※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください
利用者さんが、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください

※持ち物チェック ※コピー可 ※お薬手帳 ※健康保険証 ※介護保険証

状況報告 R 年 月 日 () 時 分頃
紹介事由 いつから・どこが・どのように・どうしましたか
症状・発症日時

バイタルサイン 血圧 / mmHg 脈拍 回/分
体温 ℃ SaO2 %

入所 (居) 施設
住所 電話番号 (連絡担当者) 引率者氏名

救急・時間外受診連絡票

【ケアマネジャーの方へ】

月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。

記載日 令和 年 月 日

かかりつけ医療機関名	
電話番号	
FAX番号	

【救急医療機関の方へ】

患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、	月	日	()	時	分頃
受診 ・ 入院 しました。					
医療機関名・診療科					

フリガナ 氏 名	男・女	生 年 月 日	M T S H R S	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号			
家族① 連絡先 (キーパーソン)	氏 名	続 柄		
	住所	電話番号		
家族② 連絡先 (キーパーソン)	氏 名	続 柄		
	住所	電話番号		
現病歴 既往歴 手術歴 ※主なものに チェックまたは記載 【特記事項】 血液型が AB型RH (－) です	現在治療中の病気 ☐ なし ☐ あり⇒ 病名: かかりつけ医: 病名: かかりつけ医:			
	今までにかかったことのある病気 ☐ なし ☐ あり⇒ ☐ 脳 ☐ 心臓 ☐ 血液 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ その他の病気⇒ ()			
	手術を受けたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり⇒ 病名 手術を受けた病院			
認 知 症	☐ (I) ☐ (IIa) ☐ (IIb) ☐ (IIIa) ☐ (IIIb) ☐ (IV) ☐ (M)・ ☐ 無			
意思疎通	言語コミュニケーション ☐ 可能 ☐ 簡単なものは可能 ☐ 不可能			
内服薬	☐ 現在薬は飲んでいない ☐ 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください			
介護 保険	有 要支援: ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 無			
	居宅介護支援事業所名: 電 話:			
	ケアマネジャー氏名 (フリガナ) FAX:			
ADL 医療処置等	移 動	☐ 歩行可 ☐ 車いす ☐ 寝たきり		口腔 ☐ 義歯無 ☐ 義歯有 (全部) ☐ 義歯有 (部分)
	麻 痺	☐ 無 ☐ 有 (具体的)		食 事 ☐ 普通 ☐ キザミ ☐ トロミ
	排 泄	☐ 自立 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル		医 療 処 置 ☐ 吸引 ☐ 胃ろう ☐ その他 ()

【入所（居）施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】

利用者さんが、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください。

※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください

※持ち物チェック ※コピー可 ☐ お薬手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証

状況報告	R 年 月 日 () 時 分頃			
紹介事由 症状・発症日時	いつから・どこが・どのように・どうしましたか			
バイタルサイン	血 圧	/ mmHg	脈 拍	回/分
	体 温	℃	SaO2	%
入所（居） 施設 有の場合記入	施設名称 住 所 電話番号 (連絡担当者)			引率者氏名