

### 西淀川区利用者 救急受診シート

ふりがな			生年月日	年	月	日	歳
氏名			男・女	障害高齢者の日常生活自立度 ( )			
				認知症高齢者の日常生活自立度 ( )			
緊急連絡先 ①	ふりがな			今回受診の連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
	氏名			病院受診への対応			
	電話番号			<input type="checkbox"/> 来院	<input type="checkbox"/> 電話		
	※代理意思決定 ( できる ・ わからない ・ できない )		<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 対応不可			
緊急連絡先 ②	ふりがな			今回受診の連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
	氏名			病院受診への対応			
	電話番号			<input type="checkbox"/> 来院	<input type="checkbox"/> 電話		
	※代理意思決定 ( できる ・ わからない ・ できない )		<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 対応不可			
現病歴	・いつから ・どのような症状 ・対応 (治療・投薬・食事・排泄等)		※ お薬手帳または薬剤情報添付 ( なし ・ あり )				
既往歴	年齢	病名	治療内容	診療所・病院名			
	<治療内容の記載項目> ①医療的処置の最終処置日時やサイズ等 ②手術歴 ③継続中の内服・注射等						
バイタル	直近	KT=	BP=	/	Spo2=	P=	
	平時	KT=	BP=	/	Spo2=	P=	
身体状況	麻痺・拘縮	なし	あり	部位:			
	認知症	なし	あり	意思疎通 可能 ・ 不可能			
	暴言・暴力	なし	あり	普段から ある ・ ない			
	アレルギー	なし	あり	薬:	食物:	他:	
	皮膚疾患	なし	あり	褥瘡:	疥癬	他	
	感染	なし	あり	HCV:	HB:	他:	
治療等の意向	DNAR	未確認	確認済	確認日時:	年	月	日
				同意者:	続柄		
自施設での看取り	希望 ( あり・なし )	対応 ( 可能・対応不可 )		確認日時:	年	月	日
	未確認 ( 希望あれば対応可能 ・ 対応不可 )			同意者:	続柄		

施設名: \_\_\_\_\_ 記入者: \_\_\_\_\_

※利用者家族など来院された場合は、付き添い職員は施設へ戻らさせていただきます。

問い合わせ連絡先 【TEL】 \_\_\_\_\_ 【FAX】 \_\_\_\_\_  
 【携帯】 \_\_\_\_\_

ご不明な点や何かあれば上記にお問い合わせください。

※ その他資料添付 (なし・あり) ➡内容:

# 西淀川区利用者救急受診シート取り扱いおよび連携について

千船病院・西淀病院・名取病院  
西淀川区施設連絡会  
西淀川区地域包括支援センター  
西淀川区南西部地域包括支援センター  
西淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室

## 【背景】

西淀川区では、2018年から施設連絡会で相互理解のための交流を実施してきたが、当初より施設から病院へ緊急受診した際の対応、人員確保の問題があった。

そのため2022年度「施設と病院の連携検討会」で、相互理解から「お互いさま」の mindset で検討し、それらをふまえ、千船病院・西淀病院・名取病院の各地域連携室担当者と施設連絡会運営が中心となり、シートならびに取り扱いのルールを作成した。

## 【目的】

- ・西淀川区内の利用者が救急受診した際、対応病院が必要な情報を受け取ることができる。
- ・双方の現場負担が軽減する。
- ・利用者・家族への安心・安全につながる。

## 【運用ルール】

### ＜施設側の留意点＞

- ①当シート利用について  
各施設に**既存のシートがある場合は、当シートの項目内容が含まれるよう配慮し使用する。**
- ②緊急連絡先欄について  
**受診の可否や対応、代理意思決定者については可能な限り確認し記載する。**
- ③感染症に関して  
**記載以外**の施設内で流行している**感染症**があれば病院側へ**口頭**で伝える。
- ④DNARに関して  
**確認が取れている範囲**での情報提供とする。
- ④入院せず施設に戻る場合について  
可能な限り**速やかな対応に努める**。深夜早朝などで搬送が難しい場合は**双方で相談**する。
- ⑤緊急受診時の情報に関する問い合わせについて  
最小限の情報提供であるため、不足情報についての**問い合わせ先を明確に記載**する。

### ＜病院側の留意点＞

- ①施設職員への待ち時間の目安について  
説明や検査等の待ち時間は**可能な範囲で目安を速やかに伝える**。
- ②施設職員の搬送後の対応について  
**利用者家族などが来院**されれば、**原則として付き添い職員を施設へ帰す**。
- ③入院判断に時間を要する場合や、入院決定後に待ち時間が発生する場合について  
施設の事情も踏まえ双方で調整し、**一旦施設に戻ってもらうことも考慮**する。

### ＜双方の留意点＞

- ①不穏や認知症で見守りや付き添いが必要な場合について  
**病院と施設の双方で協力**できるよう心がける。

2024年2月9日実施

2025年2月7日改編