

入所・居住系高齢者施設版

「わたしの人生ファイル」

～急変時の情報連携・人生の最終段階の医療～
(医療・介護連携)

利用者の急変時の救急搬送、救急の受診の時、救急隊、搬送先の医療機関と円滑に情報連携するファイルです。

入所者の急変時の受診、救急搬送時には、医療機関に本ファイルを持参ください。

救急搬送、かかりつけ医以外で受診が必要なときは、必ず、利用者の情報を持参し、利用者の状態がわかる職員等が付き添い、円滑な受診にすることが大切です。

入居者氏名

--



※すべてのページを完全に記入する必要はありませんが、できるだけご記入ください。

※各ページの情報、状況が変わった場合は、差し替えをしながらご使用下さい。

行田市健康福祉部高齢者福祉課

ノート【目次】

私のための
ページ番号

1 入居者基本情報・救急情報提供書

2 介護情報

3 身体・生活機能・介助状況

4 口腔・服薬状況

5 これからの私（私らしく人生の最期まで）

入居者基本情報（事前に記載してください）					
（兼）救急情報提供書		施設名			
		住所			
		TEL			
		施設提携・協力病院			
記載年月日		令和 年 月 日			
入居者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	M T 歳	年 月 日（
	住所		TEL		
緊急連絡先①	氏名		続柄	TEL	— —
	住所				
緊急連絡先②	氏名		続柄	TEL	— —
	住所				
発症年月	病名	後遺症等	科目	担当医	医療機関名
認知症	無 ・ 有（ほぼ自立・生活に支障・要介護）		糖尿病	無 ・ 有（インスリン使用：有 ・ 無）	
アレルギー	無 ・ 有（アレルギー： ）		在宅医療	無 ・ 有（種類： ）	
DNAR（蘇生処置を望まない）の意思表示はありますか？ ※搬送先医師に情報提供し、救命処置の参考とさせていただきます。			無 有（本人 ・ 家族関係者 ・ 担当医）		
内服薬情報（※救急要請時に不明な場合は、現在内服している薬等を持参してください。）					
掛かりつけ医療機関等					
①医療機関名		診療科目		診察券番号	
①医療機関名		診療科目		診察券番号	
保険証等					
保険証	☐ 後期高齢者保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 生活保護 ☐ 労災				
身障者手帳	有・無（ 級 種 号）		心身障害者医療受給者証		有 ・ 無
※備考					

救急車要請時の記載事項

- ・ 主な訴え、症状

- ・ いつごろから

- ・ どこで

- ・ 何をしているとき

- ・ 普段の状態を最後に確認した時間

- ・ 最終食事時間

- ・ 他に気付いたこと

- ・ ADL
 - 歩行 （ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）
 - 食事 （ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）
 - 排泄 （ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）

掛かりつけ（協力・提携）病院への連絡			無 ・ 有 （救急搬送 可 ・ 否【理由】）
家族への連絡			無 ・ 有 （誰に 続柄・ ）
施設利用状況			入所者 ・ ショートステイ ・ デイサービス
応急手当の内容			
応急手当実施者			氏名：
救命処置	開始時刻	:	心肺蘇生法 ・ 胸骨圧迫のみ ・ 人工呼吸 ・ 異物除去
AEDの使用	開始時刻	:	ショックの有無 無・有（ ① : ② : ③ : 回）
救急搬送時の持ち物		介護記録 ・ 常用薬 ・ お薬手帳 ・ 診察券、保険証等（預かっていれば）	

～ お願い ～

生命に危険があると判断した場合は、救急情報提供書の記載よりも、**救命処置を優先**して下さい。

可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関の確保をお願いいたします。

ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。

【行田市消防署：救急担当】

介護情報

記入日 年 月 日

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ）	事業所 氏名 電話番号
利用しているサービス 種類・社会資源等	事業所名・電話番号		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ）	事業所 氏名 電話番号
利用しているサービス 種類・社会資源等	事業所名		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

身体・生活機能・介助状況

記入日 年 月 日

身体 状 況	移動	屋内	自立・見守り・一部介助・全介助 用具（ ）			自由記載欄	
		屋外	自立・見守り・一部介助・全介助 用具（ ）				
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 用具（ ）					
	視力	右：見える・見えにくい・見えない 左：見える・見えにくい・見えない（眼鏡 有・無）					
	聴力	右：正常・やや難聴・難聴 左：正常・やや難聴・難聴 （補聴器 有・無）					
	会話・意思表示	普通・やや困難・困難 （疎通程度 単語・筆談・可・不可）					
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 主食（普通・粥・ミキサー・他） 副食（普通・きざみ・ミキサー・他） 用具（箸・スプーン） 嚥下障害（あり・なし（むせる物 ）） とろみ剤（あり・なし）					
	口腔内の状態	自歯（ 有・無 ） 入れ歯（上歯： 有 ・ 無 下歯： 有 ・ 無 ） 口腔ケア：自立・見守り・一部介助・全介助 みがき残し： 有 ・ 無 その他の口腔内の状態（ ）					
	着脱衣	上衣：自立・見守り・一部介助・全介助 下衣：自立・見守り・一部介助・全介助					
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 （一般浴・リフト浴・特浴・清拭）週 回					
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助 入浴場所：					
	皮膚状態	皮膚疾患：なし・あり（状態 ） 褥瘡：なし・あり（状態 ）					
	整容	洗面	自立・見守り・一部介助・全介助		爪切り		自立・見守り・一部介助・全介助
		整髪	自立・見守り・一部介助・全介助		髭剃り		自立・見守り・一部介助・全介助
	排尿	尿意：あり・時々・なし バルーン留置：なし・あり（ ） 日中：自立・見守り・一部介助・全介助（ ） 夜間：自立・見守り・一部介助・全介助（ ）					
	排便	便意：あり・時々・なし 人工肛門：なし・あり（自己・介助 ） 下剤：（有・無） 日中：自立・見守り・一部介助・全介助（ ） 夜間：自立・見守り・一部介助・全介助（ ）					
生 活 状 況	調理	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					
	掃除	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					
	洗濯	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					
	買い物	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					
	ごみ出し	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					
	金銭管理	自立・見守り・一部支援・支援 （ ）					

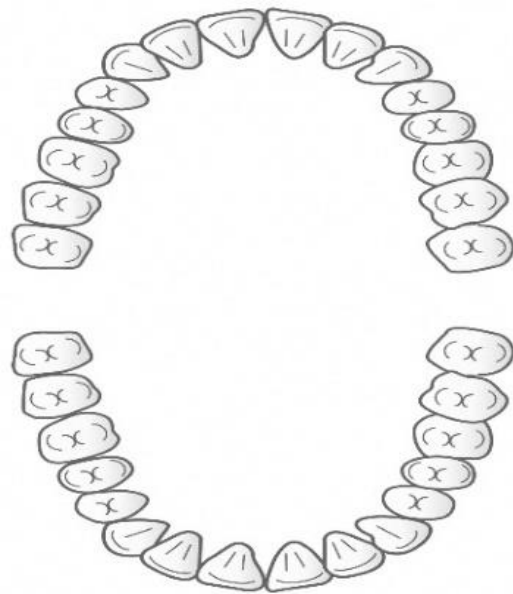
口腔・服薬状況

口腔内状況について

口腔内状況

※専門職が記入

【所見】 年 月 現在



服薬について

平成 年 月 日現在

服薬管理： 自立・見守り・一部介助・全介助 管理者（ ）

飲み忘れ： なし・あり（ ）

薬のアレルギー： なし・あり（ ）

一包化の希望： なし・あり（ ）

ジェネリックの希望： なし・あり（ ）

※お薬手帳をこのノートと一緒に保管すると、よりわかり易くなります。