

豊中市救急安心ボックス配布事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、豊中市民が、かかりつけの医療機関や持病等の緊急時に必要な救急医療情報を記載した緊急時連絡票を作成し、保管することにより、市民の安全と安心の確保及び自助力の強化を図るため、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱での用語の定義は以下のとおりとする。

- (1) 安心シート（以下、「シート」という。） 住所・氏名・生年月日のほか、緊急連絡先や病歴・通院状況等、迅速な救急搬送に資する情報をしるした緊急時連絡票（様式1）をいう。
- (2) 豊中市救急安心ボックス（以下、「ボックス」という。） シートを保管する目的で、様式2を貼り付けした箱をいう。
- (3) ボックス表示マーク ボックスの保管場所を、救急隊員等に知らせることを目的とした標識（様式3）をいう。

(対象者)

第3条 ボックスを利用できる者は、市内に住所を有する者とする。ただし、豊中市救急医療情報キット配布事業実施要綱第3条に該当する者は、豊中市救急医療情報キットの利用を優先するものとする。

(配布)

第4条 この事業にかかる様式の配布は、豊中市ホームページにおいて、電子的に行うものとする。ただし、インターネットを利用できない等の事情がある者を対象に、豊中市健康福祉部地域福祉課において様式の配布を行うことができる。

- 2 様式2及び様式3の印刷は、カラーで行うことを原則とする。
- 3 様式2を貼り付けする箱は、ボックス利用者（以下、「利用者」という。）自身が用意しなければならない。
- 4 第1項にかかる配布は、無償で行う。

(ボックスの管理)

第5条 利用者は、シートに必要事項を記載し、ボックスに入れた後、善良な管理のもと冷蔵庫内に保管しなければならない。

2 利用者は、シートに記載した事項に変更が生じた場合は、速やかに情報を更新しなければならない。

(その他)

第6条 この要綱の実施について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年12月21日から施行する。

安心シート (緊急時連絡票)

(年 月 日作成)

下記の内容を、消防・医療機関・行政関係者等が活用することを同意の上、記入してください。

ふりがな
お名前

血液型

型・Rh + ・ -

生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦

年 月 日生

住 所 豊中市

電話番号

緊急連絡先	名前	住所	電話番号	続柄
			自宅	
			携帯	
			自宅	
			携帯	
		自宅		
		携帯		
		自宅		
		携帯		

病歴・通院状況	持病や 体質など	アレルギーの有無 有 ・ 無		
	お持ちの手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・ <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級 級	障害名
	病 院 名	診 療 科	通院している病名	服薬の有無
	電話：	科		有 ・ 無
	電話：	科		有 ・ 無
電話：	科		有 ・ 無	

あなたの担当は	氏名・団体名	住所	電話番号
ケアマネジャー			
民生委員			
支援・利用施設	利用内容	住所	電話番号

その他 緊急時に知っていて欲しいこと



**救急安心
ボックス**

豊中市

※預金通帳・印鑑・キャッシュカードなど貴重品は、絶対に入れないでください



**救急安心
ボックス**

名 前

豊中市

※預金通帳・印鑑・キャッシュカードなど貴重品は、絶対に入れないでください



**救急安心
ボックス**

豊中市

※預金通帳・印鑑・キャッシュカードなど貴重品は、絶対に入れないでください

- ① 牛乳パック（１リットル）をよく洗い、乾燥させてから、用紙を枠から切り取って貼り付けてください。
- ② 他の容器を使用される場合も、同様に容器の外側に貼り付けてください。
- ③ 容器の中に、記入した「安心シート」を入れ、口をクリップやテープなどでとめましょう。蓋付容器の場合は蓋をしてください。
- ④ 冷蔵庫の中に縦にして置いておきましょう。
- ⑤ 中に入れる「安心シート」の内容は、定期的に更新しましょう。

