

備えて安心 **いのちのバトン**

市内の各地区社会福祉協議会と氷見市社会福祉協議会は、市民の救急搬送時や災害時を想定した「いのちのバトン」の普及に取り組んでいます。



1. 「いのちのバトン」の活用について

氏名や医療情報（かかりつけ医・服薬状況）、緊急連絡先（親族等）などを記入した情報シートをバトン（筒）に入れて冷蔵庫に保管します。

万が一、自宅で救急搬送が必要になった場合、救急隊がその情報シートを参考に、救急医療に生かすことを目的に設置をお願いします。

また、ケアネット活動などの地域福祉活動にも活用します。

いのちのバトンの目的

「いのちのバトン」を活用する個人の同意のもと、**救急搬送時や災害時、日頃の地域福祉活動に役立てるためのものです。**

いのちのバトンの中に入れるもの

- ① 情報シートに医療情報
 - ② 処方箋（コピー可、推奨）
 - ③ 健康保険証や診察券のコピー（推奨）
- ※現金や通帳などの貴重品は入れないでください。
※コピーは、市内JA各支所で無料でできます。



いのちのバトン同意書（左）
情報シートの本人控え（右）

2. 「情報シート」の作成

情報シートは「いのちのバトン」を活用する本人が記入してください。ご自身での記入が困難な方は、代筆でも構いません。



いのちのバトンの保管を示す
印を、冷蔵庫に貼りつけます。

3. 保管方法

完成した情報シートや服薬情報を入れ、**必ず冷蔵庫で保管**します。定期的に情報を更新しましょう！
※情報シートの写しを地区と市社協でも保管します。



冷蔵庫の扉部分に保管してください。

【各地区の方針（例）】

- ①一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯など、気になる世帯に声を掛け、設置を進めています。
- ②全戸にチラシを配布し、希望者を募り、設置を進めています。

「いのちのバトン」救急及び災害時要援護者情報シート

自治会名	惣領	地区社協名	仏生寺	担当民生委員	富山 一
氏名 (ふりがな)		生年月日		性別	血液型
ほそごえ たろう		明・大		男	A・B・AB・O
細越 太郎		昭・平 10年 3月 4日		女	(RH +・-) 不明
住 所				電話番号	
氷見市惣領 □□△△番地				0766-91-××□□	

医 療 情 報

現在治療している 病気 (ケガは除く)	脳・心臓・肺・胃腸・肝臓 その他 (糖尿病)	脳・心臓・肺・胃腸・肝臓 その他 (腰痛)			
	病院名① 積良医院	病院名② 金沢医科大学氷見市民病院			
現在飲んでいる薬 ※薬剤情報の写しを 入れておく	高血圧・血液をサラサラにする薬・胃腸 糖尿病 ・インスリン・痛み止め その他 ()	高血圧・血液をサラサラにする薬・胃腸 糖尿病・インスリン・ 痛み止め その他 ()			
これまで治療した大 きな病気 (ケガ含む) 有 ・ 無 手術 (有 ・ 無)	脳・心臓・肺・胃腸・肝臓 その他 ()	脳・心臓・肺・胃腸・肝臓 その他 ()			
	病名	病名			
	病院名	病院名			
特記事項 1	インスリン	携帯酸素	ペースメーカー	人工透析	アレルギー
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 () ・ 無
特記事項 2					

本 人 の 状 況

<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯	<input type="checkbox"/> 同居者あり	<input type="checkbox"/> 日中一人暮らし状態
<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 聴力に不安がある	<input type="checkbox"/> 視力に不安がある	<input type="checkbox"/> 判断に不安がある
<input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 介護が必要	<input type="checkbox"/> 車イス使用	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態である
<input type="checkbox"/> 階段の昇降ができない	<input type="checkbox"/> その他		

緊 急 連 絡 先

ふりがな 氏 名	①	ほそごえ いちろう 細越 一郎	②	おおくぼ はなこ 大窪 花子
	本人との続柄	長 男	二 女	
住 所	氷見市柳田□□□-△△		東京都渋谷区〇〇町渋谷ハイツ□□-××	
電話番号	自宅・携帯 (090) 〇〇〇〇-□□□□	自宅・携帯 (090) 〇××〇-□△△□		

支援者 ケアネット 協力者	ふりがな 氏 名	電話番号	自宅・携帯 () -
	ふりがな 氏 名	電話番号	自宅・携帯 () -

居宅介護支援事業所及び 障害福祉サービス事業所	事業者名	担当者名
	所在地	電話番号

問い合わせ先 氷見市社会福祉協議会・氷見市ボランティア総合センター 74-1800