

“いざ”に備える、新しい救急の選択。

堺若葉会病院救急隊、 運用開始。



患者の送り搬送対応



同乗不要

1/19 月

AM 9:00 ~

運用スタート!

こんな時は、私たちを呼んでください。

転倒・骨折疑い



突然の胸痛



発熱・呼吸苦



意識障害
意識消失



食欲不振
普段と様子が違う



「119番要請をしてもいいの?」と判断に迷う事案でも遠慮なくご相談ください。**利用者が不安に感じれば通報してOK**です。専用のコールセンターにて医療従事者や元消防吏員が親身に対応します。堺若葉会病院救急隊の対応が決定し、対応事案の重複がなければ**迅速に救急隊が現場に駆けつけます**。

※心肺停止が認められる、激しい主訴を訴えている等の明らかな最緊急事案は119番へ通報してください。



堺若葉会病院救急隊とは?



救急の現場に、経験と信頼を。

堺若葉会病院救急隊は、医療法人若葉会 堺若葉会病院が運用する**直轄救急隊**です。消防機関が運用する救急隊とは全く別の組織となりますが、**すべての事案に救急救命士**（大阪市消防局元消防吏員など）**や看護師が出動**します。また、通報時における現場状況によっては医師も同乗する体制を整えており、現場措置が必要な重症事案への対応も可能です。

ご用命の際はお電話を!

119番と同様
**利用料
無料**



はやくきゅうこ しっかりみるきゅうきゅう
050-8895-4399

受付時間：平日 9:00~17:00

利用登録はこちら



施設職員や訪問スタッフ等の同乗は求めません。

元消防吏員がオペレーションをおこなっているため、救急車が現場に到着するのが迅速です。

「救急車を呼んでもいいの？」という事案でも電話してOKです。重症化する前にお電話ください。

経験豊富な救急隊長が指揮するため臨機応変な対応が可能で、信頼感があります。

堺若葉会病院救急隊が対応した施設に入居中の患者様は、無料で施設までお送りします。

夜中に急変した入居者様を翌朝に搬送する予約搬送も可能です。

※施設以外の方についてはよくあるご質問をご覧ください

※コールセンター受付時間に予約ください

ご利用の手順

専用電話番号に連絡



オペレーターに「堺若葉会病院救急隊を希望」とお伝えください。

現場状況のヒアリング



出勤場所の確認や、患者様の症状などのヒアリングし、救急隊の到着時間を伝えます。

現場処置の後、病院へ搬送



救急隊が処置観察をおこなったのちに「堺若葉会病院」に搬送いたします。※



※ただし、現場で観察の結果「高次医療機関」や「専門医療機関」への搬送が必要と救急隊長が認めた場合は、本人様（もしくは関係者様）の同意を得た上で、他の医療機関に搬送することもございます。

よくあるご質問

Q1. 施設に入居されている方は、帰りの搬送が無料になると伺いましたが、ご自宅（一般住宅）へ戻られる方も対象になりますか？

A. 恐れ入りますが、当面の間、施設以外への搬送は無料対象外となっております。ただし、有料とはなりますが、提携している介護タクシーなどをご案内することが可能です（病院連携特別割引の対象）。ご利用をご希望の際はお気軽にコールセンターまでお問い合わせください。

Q2. 施設としては搬送された入居者様を1日入院していただけると助かるのですが、当日中に帰されるのでしょうか？

A. 原則として、1泊以上の入院を前提としております。ただし、医師の判断により、症状が軽度と判断された場合は、当日中に帰宅いただく可能性もございます。

Q3. サービスの対象エリアはどこですか？

A. 堺若葉会病院を中心に半径15km以内のエリアが対象となります。

kg

緊急連絡先 連絡先は必ず2件ご記入ください。

基本 ①		氏名	続柄	電話番号		住所	所要時間
	キーパーソン	フリガナ		自宅			分
				携帯			
	②	フリガナ		自宅			分
				携帯			

障 害 情 報	身体障害者手帳をお持ちですか？ なし・あり（等級： 級 種類： ）	
	視力障害： なし ・ あり（ ）	言語障害： なし ・ あり（ ）
	聴覚障害： なし ・ あり（ ）	認知障害： なし ・ あり（ ）
	運動障害： なし ・ あり（ ）	その他障害： なし ・ あり（ ）

連 携 ・ 介 護	介護保険を利用していますか？ いいえ ・ 申請中（ 月 日に申請済み） はい（要支援 １ ・ ２ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）	
	事業所名：	フリガナ
	電話番号：	ケアマネジャー名：
	介護サービス内容：	

病歴	いつ	病名	治療内容	病院名
	年			
	年			
	年			
	年			
	年			
	年			
褥瘡：なし・あり（仙骨部・腸骨部・坐骨部・大転子部・踵部・その他： ）				
放射線治療を受けたことはありますか？ いいえ・はい（いつ： 年 部位： ）				

血液	輸血を受けたことはありますか？ いいえ・はい（いつ： 年 種類： ）
----	------------------------------------

アレルギー	薬剤アレルギー： なし ・ あり ()	食物アレルギー： なし ・ あり ()
	造影剤アレルギー： なし ・ あり ()	その他アレルギー： なし ・ あり ()

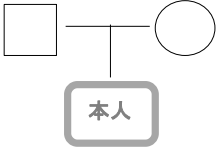
生活習慣	飲酒歴：なし・不明・あり（頻度：回/週 何をどれくらい：）		
	喫煙歴：なし・不明・あり（本数：本/日 喫煙歴：年間）やめた（歳頃にやめた）		
	排尿回数：1日に（）回（そのうち、夜間の排尿回数：回）		
	排便回数：（）日に（）回	最終排便：月 日	

排泄 ① 1	尿道カテーテル：なし・あり（Fr / ゴム・シリコン / 最終交換日：月 日）	
	腎ろう：なし・あり（Fr / 最終交換日：月 日）	
	ウロストミー：なし・あり	消化管ストーマ：なし・あり

入院時のセルフケア能力(該当する箇所には○をつけてください)

		食事	移動	洗面	トイレ	入浴	歩行	更衣
活動 ① 動 / 2 休 息	1人で出来る							
	手伝いが必要							
	全て介助が必要							

家族構成（祖父母から孫までの2親等をご記入ください）

家族 構 成	祖父母：死亡・生存（同居・別居）	
	父：死亡・生存（同居・別居）	
	母：死亡・生存（同居・別居）	
	兄弟姉妹：人（本人は番目）	
	配偶者：なし・あり（死亡・生存・離婚・同居・別居）	
	子：なし・あり（人） 孫：なし・あり（人）	

プ ロ フ イ ー ル	現在、症状はありますか？なし・あり（内容：）
	入院中に援助して欲しいことはありますか？なし・あり （内容：）
	入院までの経緯をご記入ください

栄養 ①	2週間以上続いている症状はありますか？：なし・あり（）	
	摂取方法：経口・絶食中・その他（）	
	最後に食事を摂ったのはいつですか？：	
	現在の食事の形態について、あてはまるものはどれですか？ （普通・一口大・細かく刻んでいる・軟らかい・ゼリー状・ミキサー状・液体）	
	義歯はありますか？なし・あり（上：部分義歯・総義歯 / 下：部分義歯・総義歯）	

① 活 動 2	補助具・補助装置を使用していますか？なし・あり ありの場合、何を使用していますか？
	松葉杖・歩行器・3～4点杖・1本杖・車椅子・義肢・シルバーカー・その他（）

原 生 理 活	宗教に関する配慮の必要性はありますか？：なし・あり（宗教名：）
------------	---------------------------------

情報提供者名：

※当院記載情報欄

プ ロ フ イ ー ル	入院日：年 月 日 時 分
	入院方法：独歩・車椅子・救急車・ストレッチャー
	入院前の入所施設：なし・あり
	施設名：電話番号：

確認看護師名：	入力看護師名：
---------	---------