

令和7年4月30日

仕 様 書

案件番号	11
------	----

納入期限	質疑書提出期限 ※持参又はFAXに限ります	同等品選定期限	見積書提出期限	地域要件
令和7年6月13日	令和7年5月2日 正午		令和7年5月13日 午後4時	市内業者 準市内業者 県内業者 県外業者

案件名 救急医療情報キットの購入

納入場所 高齢者支援課

番号	品 名	メーカー	型番・規格	数量	単位	同等品 の可否
1	救急医療情報キット		別紙のとおり	700	セット	不可
2	予備用ステッカー(シール製)		別紙のとおり	300	枚	不可
3						
4						
5						

(特記事項)

※キットの中身及びデザイン等については、別紙のとおりです。
※本件は郵送での見積書提出が可能です。見積書提出期限までに必ず契約課に届くよう、時間に余裕をもって郵送するようお願いします。
なお、郵便事情による配達遅延等で提出期限までに届かず、提出期限日までに契約課で受理できなかった見積書は無効となりますので、郵送にあたってはご注意ください。

発注課	担当者	電話	FAX
高齢者支援課	井上	04-2998-9120	04-2998-9138

救急医療情報キットの購入 仕様書別紙

①救急医療情報キット 700 セット

保管容器（筒状・蓋付き）の中に、下記に記載のものを入れ、蓋を閉めて納品してください。

<セット内容一覧（1セットあたり）>

品名	数量	規格
ステッカー（シール製）	3 枚	サイズ：直径 80 mm 程度、フルカラー印刷 ※デザインは見本のとおり （冷蔵庫用・ドア用・予備用を 1 枚ずつ、計 3 枚セット）
救急情報シート	1 枚	A4 サイズ、白黒、両面印刷、材質は耐水性のあるもの。 ※印字内容は別紙のとおり。
取扱説明書	1 枚	A4 サイズ、両面印刷、色紙 ^{いろがみ} ※記載する内容については業者決定後に打合せを行い、決定します。

※保管容器の外側には長方形のシール（サイズ：縦 138 mm*横 190 mm 以上）を貼り付けて納品してください（デザインは見本のとおり）。

②予備用ステッカー（シール製） 300 枚

サイズ：直径 80 mm 程度、フルカラー印刷

※救急医療情報キットのセット内容に含まれている「ステッカー（シール製）」と同仕様です。

〈ステッカーデザイン〉 直径 80 mm程度



〈保管容器用シールデザイン〉 サイズ：縦 138 mm*横 190 mm以上

救	急	医	療	氏名
情	報	キ	ツ	
ト				
	所	沢	市	

救 急 情 報

(令和 年 月 日作成)
(令和 年 月 日変更)

氏 名 ふりがな	生年月日	性 別	血液型
	明・大 昭・平 年 月 日	男 女	型
電話番号	住 所		
()			

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科目及び担当医		
所 在 地		
電 話 番 号	()	()

緊急連絡先氏名 ふりがな	続 柄	電話番号	住 所
		()	
		()	
		()	
		()	

服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）	持 病

その他 救急隊員への伝言など	
-------------------	--

指定居宅介護支援事業者	所在地
電話番号	
()	()

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑又はサイン

※裏面に記入の仕方についての説明があります。

記入の仕方・注意事項

《ご本人情報について》

氏 名：救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入してください。
生 年 月 日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
血 液 型：分からない場合は「不明」と記入してください。
住 所：マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入して下さい。
医療機関名は、2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でもかまいません。
連 絡 先：日中と夜間つながる番号をご記入ください。

《服薬内容・持病について》

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

《指定居宅介護支援事業者について》

連 絡 先：ケアマネジャーに確認し電話番号も必ずご記入ください。

《その他欄について》（記入例）

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院・かかりつけ医との取り決めごとなど
- 救急隊員に特に注意してほしいこと（搬送時など）
- 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話をかけれるのは誰か、など）
- その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入してください。
代筆の場合は、余白に代筆した方の氏名、ご関係もあわせて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

《医療機関へのお願い》

指定居宅介護支援事業欄は、退院等に伴うケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※緊急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を右上の欄に記入してください。）