

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

御嵩町長 様

救急医療情報キットの配付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住所	御嵩町	電話番号	
	(ふりがな)			
	氏名		生年月日	年 月 日
世帯状況	該当する番号に○を付してください。 1 65歳以上のひとり暮らし 2 65歳以上の高齢者世帯 3 その他( )			

上記申請者以外で、同じ世帯内に配付対象者の方がいる場合（上記2に該当する場合）は、こちらにもご記入ください。

配付対象者	住所	御嵩町	電話番号	
	(ふりがな)			
	氏名		生年月日	年 月 日
	(ふりがな)			
	氏名		生年月日	年 月 日

次の事項について同意及び了解いたします。

- ① キットが配付されている方の氏名等の情報を、救急隊に提供すること。
- ② 救急隊と搬送先の医療機関が、キットの容器に入っている救急情報を救急医療に活用すること。
- ③ 救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときなど、救急活動によっては、キットを活用しない場合があること。
- ④ 救急時には本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。
- ⑤ ステッカー等は所定の位置に貼り、キットを保管をすること。所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。
- ⑥ かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に救急搬送される場合があること。
- ⑦ 救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- ⑧ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

年 月 日

氏名

(配付対象者が二人以上の場合) 氏名

