

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

西原町長 様

救急医療情報キット(以下「キット」という。)の配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住 所		電話番号	
	(ふりがな)		配布対象者との続柄	
	氏 名		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
世帯状況	該当する番号に○をしてください。 1 65 歳以上の者 (単身、夫婦のみ) 2 障害がある者 (身体、知的、視覚、聴覚、精神、その他) 3 その他 ()			

上記申請者以外で、同じ世帯内に配布対象者の方がいる場合は、こちらにもご記入ください。

配 布 対 象 者	住 所		電話番号	
	(ふりがな)		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	氏 名		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	(ふりがな)		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
緊 急 連 絡 先	氏 名		電話番号	

次の事項について同意及び了解いたします。

- ① 救急活動によっては、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は、キットを活用しない場合があること。
- ② 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(扉部分)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ことがあること。
- ③ 玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、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。
- ④ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ⑤ 医療情報用紙に救急隊への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとはかぎらないこと。
- ⑥ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。

平成 年 月 日

氏 名

印

(配布対象者が二人以上の場合) 氏 名

印