

様式第1号（第4条関係）

救急医療情報キット配付申請書兼同意書

年 月 日

大田原市長 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。

利 用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所			
	申請事由 ※該当する 番号に○を つけること	1 65歳以上のひとり暮らし高齢者 2 65歳以上の高齢者世帯 3 65歳以上の日中ひとり暮らし高齢者 4 65歳以上の日中高齢者世帯 5 身体障害者手帳の交付を受けている者 6 療育手帳の交付を受けている者 7 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 8 その他（必要とする理由） （ ）		

申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申 請	氏 名		電 話	
	住所又は 事業所名		利 用 者 との関係	

次の事項についてあらかじめ同意します。

- | |
|---|
| 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したときは情報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、所定の場所に情報キットを保管していなかったときは、情報キットが活用されない場合があること。
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、冷蔵庫等の保管場所を開けて情報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 救急医療情報用紙に救急隊員への伝言が記載されていても、状況に応じて必ずしも実行されない場合があること。
⑥ 情報キットは善良に管理するとともに譲渡したり貸付したりせず、定期的な更新を行うこと。
⑦ 申請書中の利用者に関する個人情報を管内消防本部に提供すること。 |
|---|