

大台町救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

大台町長 様

救急医療情報キットの配布を受けたいので次のとおり申請します。
また、「救急キット利用に係る留意事項」について了承します。

申請者	住 所		電話番号	
	(ふりがな)			
	氏 名		続 柄	
キット配布 希望者	住 所	大台町	電話番号	
	(ふりがな)			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日		年 齢	歳
申請理由	該当する番号に○をして下さい 1. 75歳以上の一人暮らし世帯 2. 心身に障がいのある一人暮らし世帯 (1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳) 3. その他()			
救急キット 利用に係る 留意事項	1. 救急活動によっては、救急隊が不要と判断したとき又は搬送に急を要するとき は、救急医療情報キット(以下「救急キット」という。)を活用しない場合があること。 2. シールは、玄関扉の内側上部及び冷蔵庫の扉に貼り、救急キットは、冷蔵庫扉の 内側のポケット部分に入れ置くこと。救急活動時、本人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。 3. 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所に救急キットを保管 していなかったときは、救急キットを活用されない場合があること。 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. 医療情報記録用紙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。 6. 救急キットは、適切に管理し、年1回の救急情報シートの更新時のほか、情報に変 更があるときは更新すること。 7. 救急キットは、譲渡したり、貸し付けたりしないこと。不要となった場合は速やかに 役場に報告し、適切に処分すること。			
同意欄	・審査に当たり、住民基本台帳により住所・氏名・生年月日・家族状況を確認すること について同意します。 ・救急キットの中に入っている情報を救急隊員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。 ・本申請書に記載されていることを、消防署、福祉課、地域包括支援センター、居住地 の区長、民生委員及び担当介護支援専門員に情報を開示するに同意します。			
	本人氏名		代筆者氏名 (続 柄)	()

※役場記入欄

救急医療情報キット利用者名簿番号

受付者氏名

配布日

配布担当者

年 月 日

受付印