

救急医療情報キット配布申込書

平成 年 月 日

六戸町社会福祉協議会長 殿

救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。
 なお、貴会の個人情報取扱業務概要に同意します。

申請者	住所		電話番号	
	氏名	⑩		年齢 歳
同居世帯者	氏名		年齢	歳
	氏名		年齢	歳
緊急時の連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1 70歳以上の一人暮らしの者 2 70歳以上のみの世帯員からなる者 3 上記の者と同様の世帯 その状況（ ）			
次の事項について了解いたします。 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。 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 同意済み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。 ⑥ 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しないこと。				

※ 申請書受理後、申請書をコピーして申請者へ交付する。