

様式 1

## 救急医療情報キット配布申請書

(申請日) 令和 年 月 日

六戸町社会福祉協議会長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

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。

利用者氏名	性別	生年月日
	男・女	大・昭 年 月 日
	男・女	大・昭 年 月 日
	男・女	大・昭 年 月 日
申請事由	該当する事由にチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 高齢者のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者であって日中ひとりであることが多い方 <input type="checkbox"/> 障害者手帳を保有している方 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 病気等により健康上の不安を抱えている方 <input type="checkbox"/> その他 (理由 : _____ )	

備考 利用者氏名欄には、申請者も含めて記入してください。

事務局記入欄	会員の有無	会員・非会員 ( _____ )		
決 定 年 月 日	決 裁	事務局長	係長・管理者	職 員
令和 年 月 日				

## 同意書

キットの配布を受けるにあたり、次に掲げるすべての事項に同意します。

- 1 救急情報シートに必要事項を記載し、保管容器に入れて冷蔵庫に設置すること。
- 2 冷蔵庫用マグネットを冷蔵庫の扉に貼り、玄関用シールを玄関扉の内側に貼ること。
- 3 救急活動の際、キットが活用されない場合があること。
- 4 救急活動の際、救急隊が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫の扉を開けて保管容器を取り出す場合があること。
- 5 救急活動の目的の範囲内で、救急隊及び搬送先医療機関が保管容器内の救急医療情報を活用すること。
- 6 救急情報シートに記載された、かかりつけ医療機関以外の医療機関に搬送される場合があること。

令和 年 月 日

申請者氏名

⑩