

救急医療情報キット配布申請書

令和 年 月 日

安堵町長 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、下記注意事項を了承の上申請します。

申請者 (配布対象者)	住所	安堵町		
	ふりがな			
	氏名			
	電話番号	生年月日	年	月 日
世帯状況	該当する事由の番号に○をしてください。 1 65歳以上のひとり暮らしの方 2 65歳以上のみの世帯の方 3 障害者と65歳以上の方との世帯の方 4 日中独居になる方			

<緊急連絡先について>

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
(ふりがな)			
(ふりがな)			

3人以上いる場合は、ご自身の状況をよく把握している方を優先してご記入ください。

緊急連絡先氏名：ご親族等のない場合は、ご親族以外の方でもかまいません。

連絡先：必ず連絡のつく番号（携帯電話、職場の番号等）をご記入ください。

<救急医療情報キットを持っているか否かの情報提供について>

緊急時や今後起こりうる災害時に備え、ご自身のキットを持っていても、それがあつことを誰にも知ることがなければ有効に活用できません。

持っているという情報のみ、下記の関係機関に情報提供することに同意していただける場合は、チェックしてください。

※決して情報の中身(個人情報)を提供いただくものではありません。

キットを持っているか否かの情報を提供することに同意します。 はい () いいえ ()
<input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 隣人
<input type="checkbox"/> 自主防災組織 <input type="checkbox"/> 自治会長 <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> すべて

<注意事項>

次の事項について了承いたします。

- ① 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救急医療情報キットを取り出すことがあります。
- ② 救急医療情報キットは、救急隊が救急活動に必要と判断した場合に活用いたします。そのため、救急医療情報キットの保持者であることがわかっている場合でも、その救急活動によっては活用されない場合があります。
- ③ 救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態によっては、救急情報シートに記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。また、「救急隊への伝言」についても必ずしも、その伝言のとおり実行できない場合があります。
- ④ かかりつけ医療機関や緊急連絡先などに変更があった場合は、必ず救急情報を訂正してください。日頃より、定期的に見直す必要があります。
- ⑤ 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でください。

※このキット申請の有無と緊急連絡先の情報はもしもの時の連絡先として、安堵町健康福祉推進室、安堵町地域包括支援センターで管理させていただきます。