

様式1

救急医療情報キット配付申請書

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	電話番号	
	ふりがな 氏名		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			

《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。

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 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、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。
- 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。

※この情報はもしもの時の連絡先として、

安堵町健康福祉課及び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。