

浦添市救急医療情報キット配布申請書

申請日 ○年 ○月 ○日

申請者(窓口に来た人) 浦添 花子
利用者との関係 子
住所 浦添市○○○○
電話番号 ○○○-○○○○

「身体」・・・身体が不自由な方。
「その他」・・・認知症、内部疾患
(透析・ペースメーカー等)

浦添市長 殿

アパート名、部屋番号まで記入し
てください。

浦添市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。

Table with columns for Kit User (ふりがな, 氏名, 住所, 性別, 生年月日, 年齢) and contact information (電話番号).

申請理由
該当する事由の番号に○をしてください。
1. 65歳以上の者 (1. 単身) 2. 夫婦のみ 3. その他
2. 障がいがある者 (1. 身体) 2. 知的 3. 視覚 4. 聴覚 5. 精神 (6. その他)
3. その他()

備考

Table for Emergency Contact (緊急連絡先) with columns for Name (氏名), Address (住所), and Phone Number (電話番号).

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、キットが活用されないことがあること。
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 医療情報用紙に救急隊員への伝言が記載されていても、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、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

Table for Consent (同意欄) with columns for Applicant Name (本人氏名), Representative Name (代筆者氏名), and Address (住所).

課名
受付者 内線