

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)

利用者との関係

住所

電話番号

浦 添 市 長 殿

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。

キット 利用者	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	年 月 日	歳
	住所	浦添市 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				
緊急 連絡先	氏名	(続柄)	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。					
同意欄	※本申請書に記載されていることについて、必要時に消防本部・障がい福祉課・地域包括支援センターに情報を開 示することに同意します。				
	本人氏名		代筆者氏名 (続柄)	()	

課名

受付者 内線