

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

(あて先)平 群 町 長

救急医療情報キット(以下「キット」)の配付を受けたいので、下記のとおり申請します。

申 請 者	住 所	平群町	電話番号	
配 付 対 象 者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
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高齢者 (昼間又は夜間のみ1人になる者を含む。) 2 65歳以上のみの世帯 3 身体上の慢性的な疾患等により、日常生活を営む上で常時注意を要する者 4 その他()			

上記申請者以外で、同じ世帯内に配付対象者の方がいる場合(上記2に該当する場合)は、こちらにもご記入ください。

配 付 対 象 者	住 所	同上	電話番号	同上
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名			

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 ステッカーは冷蔵庫の扉へ貼ること。この場合、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。
- ③ 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、キットを活用されない場合があること。
- 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 救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、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、譲渡したり貸付けたりしないこと。

《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：ご親族等にならない場合は、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。

※この情報はもしものの時の連絡先として、

平群町役場福祉こども課で管理させていただきます。