

救急医療情報キット配布申請書

白 川 町 長 様

申請日 令和 年 月 日

救急医療情報キットを希望しますので、下記のとおり申請します。

申請者	住 所		電話番号	() —
	(ふりがな) 氏 名	()	対象者との 続柄	
配 布 対 象 者	住 所		電話番号	() —
	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日 (年 齡)	T S 年 月 日 (歳)
申請事由	<p>※. 該当する事由の番号に○印をつけてください。</p> <p>1 65歳以上の一人暮らしの高齢者</p> <p>2 言語障がい及び聴覚障がい等によって意思疎通が困難な方</p> <p>3 65歳以上の高齢者世帯</p> <p>4 一人暮らしではないものの家族の高齢者及び意思疎通が困難な方等が一定の時間帯に一人になることから、キット配布を希望する世帯</p>			
<p>私は、この申請に係る次の事項について了解いたします。</p> <p>① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したときまた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ります。</p> <p>② ステッカーが貼られている場合は、本人及び同居人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場合があります。</p> <p>③ 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所に救急医療情報キットが保管されていなかったときは、そのキットを活用されない場合があります。</p> <p>④ かかりつけの医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。</p> <p>⑤ 救急医療情報キット内に救急隊員への伝言メモ等が記載されていても、必ずしも実行されるとは限りません。</p> <p>⑥ この救急医療情報キットは、善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしません。</p>				

※. 申請いただいた個人情報は、目的以外に使用することはありません。