

救急医療情報キット申込書

令和 年 月 日

多治見市長様

救急医療情報キット(以下「キット」という。)の配付を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

申 込 者	住 所		電話番号	
	(ふりがな)		配付対象者 との続柄	
	氏 名	(※) (※)本人が自署しないときは、押印してください。		
配 付 対象者	住 所	多治見市	電話番号	
	(ふりがな)		生年月日	M. T. S 年 月 日
	氏 名			
申 込 事 由	該当する事由の番号に○をしてください。 1 災害時要援護者登録台帳に登録されている 2 65歳以上のひとり暮らし 3 その他()			
次の事項について同意いたします。 ① 救急情報シートに記載した内容について、救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用すること。 ② 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。 ③ ステッカーは冷蔵庫の扉の外側へ貼り、キットは冷蔵庫に保管すること。 ④ 冷蔵庫の外側にステッカーが貼られていなかったり、冷蔵庫の中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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 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。				

担当民生委員

地域名

(個人番号)

受付印

住基確認者印	配付日	取扱者印	台帳入力日
--------	-----	------	-------