

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
氏名		年 月 日		
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