

救急医療情報キット申請書

年 月 日

可 児 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、下記事項に同意し申請します。
また、キットの活用方法に対して不服申し立てを行いません。

次の事項について同意及び了解いたします。

- ① キットが配付されている方の氏名等の情報を、消防署や救急隊に提供する場合があること。
- ② 救急隊と搬送先の医療機関が、キットの容器に入っている救急情報を救急医療に活用すること。
- ③ 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など、救急活動によっては、キットを活用しない場合があること。
- ④ 救急時に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。
- ⑤ 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。
- ⑥ かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に救急搬送される場合があること。
- ⑦ 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。
- ⑧ キットは各個人で善良に管理するとともに、救急情報に変更がある場合はその都度内容を書き換えること。

申 請 者	住 所	可児市		電話番号	
	(ふりがな)			生年月日	年 月 日
	氏 名				
同居の家族	氏 名	生年月日	申請者との続柄	備考	
		.			
		.			
		.			
申込事由	1 避難行動要支援者名簿に登録されている 2 65歳以上のひとり暮らし 3 障がい者手帳の交付を受けている 4 その他()				
担当民生委員名					