

救急医療情報キット申請書

**記 載 例**

年 月 日

**申請日を記入**

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	<b>上記事項に同意の後、記入押印します。 (自筆の場合は押印を省略してもかまいません)</b>  <b>「情報用紙の必要な人」が申請者です。</b>		
	(ふりがな)			
	氏名			
同居の家族	氏名	生年月日	申請者との続柄	備考
	<b>ひとり暮らしの場合は「2」に○をつける。 同居している家族がいる場合は「4」に○。 ※( )の中は空欄で結構です。</b>			
申込事由	1 消防団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	<b>民生委員記入欄(ゴム印でも可)</b>			

**※1世帯で複数人が申請する場合は、各々申請してください。**