救急医療情報キット配付申請書

令和 年 月 日

市川三郷町長様

申請者(窓口に来た人)
住 所
氏 名
連絡先

救急医療情報キットの配付を受けたいので、市川三郷町救急医療情報キット配付事業取扱要領第4条の規定により次のとおり申請します。

配 付 希 望 者	住 所			電話番号	
	(ふりがな)			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	年 齢	歳	手 帳 (該当に○)	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 ・ なし	
同 居 世 帯 者	(ふりがな)			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	(ふりがな)			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	(ふりがな)			生年月日	年 月 日
	氏 名				

次の事項について了解します。

- ① 救急活動の状況により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。
- ② 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、キットを活用しない場合があること。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ かかりつけ医療機関や緊急連絡先などに変更があった場合は、必ず救急情報を訂正すること。
- ⑧ 世帯の状況等配付に関し必要な事項を町が公簿等により確認すること。
- ⑨ 申請書の情報を消防署,民生委員,ケアマネージャー及び町関係職員に情報提供すること。
- ⑩ 生命・身体の保護に必要であると判断した時は第三者がキットを活用すること。