

様式第2号（第4条関係）

救急医療情報キット配布申請書

南風原町長 殿

申請年月日 年 月 日

救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	住 所	南風原町字		電話番号	
	(ふりがな)			生年月日	明・大・昭・平
	氏 名				年 月 日
同居世帯者	(ふりがな)			生年月日	明・大・昭・平
	氏 名				年 月 日
	(ふりがな)			生年月日	明・大・昭・平
	氏 名				年 月 日
	(ふりがな)			生年月日	明・大・昭・平
	氏 名				年 月 日
申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1. 65歳以上の者（単身、夫婦のみ） 2. 障がいがある者（身体、知的、視覚、聴覚、精神、その他） 3. その他（ ）				
緊急連絡先	氏 名		電話番号		
次の事項について了解いたします。 ① 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。 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、キットを活用されないことがある。 ③ 玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、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。 ④ 掛かり付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 医療情報用紙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かぎらないこと。 ⑥ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。					
同意欄	救急医療情報キット配布申請書に記載されていることを、必要時に関係者に情報を開示することを同意します。				
	本人氏名		代筆者氏名	続柄（ ）	