

## 嵐山町救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

嵐山町長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

電話

利用者との関係

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。

キット利用者	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明大昭平 年 月 日	歳
	住所				
	電話番号				
申請事由	該当する事由の番号に○を付けてください 1 65歳以上の方（1 単身 2 日中単身者 3 夫婦のみ 4 その他） 2 障害がある方（1 身体 2 知的 3 精神 4 その他） 3 介護を要する方 4 その他（ ）				
申請にあたり、次の事項について同意します。 ① 救急の際、救急隊員、搬送先の医療機関、民生委員が活用すること。 ② 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき、また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 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こと。 ④ 本人及び同居人等の同意を得ることなく、救急医療情報シートを取り出す場合があること。 ⑤ かかりつけの医療機関であっても、他の病院に救急搬送される場合があること。 ⑥ 救急医療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、譲渡したり貸付したりしないこと。					