

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住所
氏名
電話 ()

救急医療情報キット配付申請書

下記のとおり、救急医療情報キットの配付を受けたいので申請します。

対象者	住 所			電 話	
				()	
	ふりがな 氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	対象区分
		男・女	年 月 日 (歳)		1 高齢者 2 障害者 3 その他
		男・女	年 月 日 (歳)		1 高齢者 2 障害者 3 その他
		男・女	年 月 日 (歳)		1 高齢者 2 障害者 3 その他
	キットの配付を申請するにあたり、下記の事項について承諾します。				
1 救急活動において、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場合があること。					
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 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 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限らないこと。					