

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

富田林市長 様

利用者又は代理人 氏 名

住 所

電話番号

(利用者との関係)

下記の事項について同意した上で、救急医療情報キットの配付について申請します。

利 用 者	ふりがな		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	M・T・S 年 月 日
	住 所	富田林市	電話番号	
	利用対象者 が世帯に複 数含まれる 場合	氏 名	性 別	生 年 月 日
			男・女	M・T・S 年 月 日
			男・女	M・T・S 年 月 日
世帯構成	独居世帯 ・ 高齢者単独世帯 ・ 昼間独居世帯 ・ 介護認定世帯 ・ その他世帯			

救急医療情報キットの配付申請をする上で以下（①～⑤）の事項についての同意が必要です。

- ① 冷蔵庫ドア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、救急隊が冷蔵庫を開け救急医療情報キットを取り出すことがあります。
- ② 救急医療情報キットは、救急隊が救急活動に必要と判断した場合に活用します。その為、救急医療情報キットの保持者であることがわかっている場合でも、その救急活動によっては活用されない場合があります。
- ③ 救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態によっては、救急情報シートに記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。また、「救急隊への伝言」についても必ずしも、その伝言のとおり実行できない場合があります。
- ④ 救急医療情報キットの設置については、利用者の責任により行うもので、設置に伴い生じた一切の不利益に関して市に責任を求めることは出来ません。
- ⑤ 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してください。
- ※ この申請書については、高齢介護課、障がい福祉課で厳重に保管し、他の目的で使用することはありません。