

別記様式

救急医療情報キット申請書

年 月 日

(宛先) 村上市長

申請者 住 所
氏 名
T E L
(利用者との関係)

救急医療情報キット (以下「キット」という。) の配布を受けたいので、キットに入っている救急情報などを、救急隊員、搬送先医療機関、市高齢福祉担当課、通報者、支援者等が利用することに同意し申請します。

利用者	住 所	村上市	連絡先
利用者①	氏 名	生年月日	性別
利用者②	氏 名	生年月日	性別
利用者③	氏 名	生年月日	性別

該当する申請事由に○をしてください。

- 1 65歳以上のひとり暮らし
- 2 65歳以上のみで構成される世帯又は65歳以上で1人になる時間帯がある
- 3 身体障害者手帳1級、2級、療育手帳A又は精神保健福祉手帳1級を所持
- 4 身体障害者手帳、療育手帳又は精神保健福祉手帳を所持しており、1人暮らし又は1人になる時間帯がある
- 5 その他市長が必要と認めるもの

(裏面もご覧ください)

【注意事項】

- ① キットの配布を受けたものは、善良な管理の下にキットを使用するとともに救急情報紙の更新をしてください。
- ② キットは、譲渡し、又は貸し付けてはいけません。
- ③ 緊急の場合は、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ことがあります。
- ④ キットは、救急隊員が救急活動に必要と判断した場合に活用します。そのため、救急医療情報キットの保持者であることが分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。
- ⑤ 救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、本人の容態によっては、キットに記載された「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、「救急隊員への伝言」についても必ずしも、その伝言を実行できるものではありません。