

救急医療情報キット配付申請書兼同意書

年 月 日

生駒市長 様

救急医療情報キットの配付を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所			
	申請事由 ※該当する番号に○をつけること	1 65歳以上のひとり暮らし高齢者 2 65歳以上の高齢者世帯 3 日中65歳以上のひとり暮らし高齢者 4 日中65歳以上の高齢者世帯 5 その他（必要とする理由） （ ）		

申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

代理人	氏名		電話番号	
	住所又は事業所名		利用者との関係	

次の事項についてあらかじめ同意します。（申請者が代理人の場合、利用者本人も同意しているとみなします）

- ① 救急活動によっては、救急隊員が不必要と判断したとき又は搬送に急を要したときは救急医療情報キットを活用しない場合があること。
- ② 冷蔵庫の扉等にシール等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、救急医療情報キットを取り出す場合があること。
- ③ 救急医療情報キット及びキット内の情報を医療機関等へ提供する場合があること。
- 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 救急医療情報シートに救急隊員への伝言が記載されていても、状況に応じて必ずしも実行されない場合があること。
- ⑥ 救急医療情報キットは善良な管理のもとに使用するとともに譲渡したり貸付れたりせず、定期的な更新を行うこと。
- ⑦ 申請書中の利用者に関する個人情報を必要に応じて消防本部に提供すること。