

緊急医療情報キット配布申請書

年 月 日

宇佐市長

宛て

緊急医療情報キット（以下「緊急キット」という。）の配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		配布対象者との続柄	
配布対象者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
申請事由	これまでの緊急キット配布の有無	有 ・ 無		
	該当する事由の番号に○をしてください。 1 65歳以上の一人暮らしの者 2 65歳以上のみの世帯に属する者 3 その他（ ）			
次の事項について承諾いたします。 ア 救急活動によっては、緊急キットを活用しない場合があること。 イ マグネットステッカーを所定の位置に貼ること。 ウ 救急活動の際、救急隊等が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫の扉を開けて緊急キットを取り出す場合があること。 エ 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。 オ 緊急連絡シートに救急隊員への伝言を記載されていても、実行されない場合があること。				