

### 救急医療情報キット利用申込書

令和 年 月 日

京極町長 様

ふりがな		性別	男 ・ 女
利用者氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日( 歳)	電話番号	
利用者住所	京極町字	町内会	
介護認定・手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険（申請中・要支援 ・ 要介護 ） <input type="checkbox"/> 手帳（身体・療育・精神）		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯（夫婦・兄弟） <input type="checkbox"/> 65歳以下の家族同居		
見守り体制の登録	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 鍵預かり <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 電話サービス		

救急時情報キットを利用するに際し、以下の事項について承諾をします。

- 1.本申請書へ記入した情報は京極町で管理し、必要に応じて関係機関と共有します。
- 2.救急活動時に、救急医療情報キットの保有者であることが分かった場合には、本人や同居人などの同意を得ず、冷蔵庫から救急医療情報キットを取り出すことがあります。
- 3.救急隊が救急活動に必要なと判断した場合に利用するため、救急医療情報キットの保有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、利用されない場合があります。
- 4.本人の状態などによっては、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。

\* 本利用申込書を第三者が代行し申し込む場合、下記も記入してください。

申込 代行者	シメイ 氏名		電話番号	
	事業所名			
	親族（続柄： ） ケアマネ 包括 社協 健康推進課			

受付機関記入欄

受付日	配布日	台帳No	廃止日
			令和 年 月 日 転居 施設入所 家族と同居 死亡
情報更新者	本人 親族（ ） ケアマネ（ ）		
	包括（ ） 社協（ ） 健康推進課		
	電話		

