

救急医療情報キット(あしがら安心キット)配付申請書

年 月 日

大井町長 様

救急医療情報キット(あしがら安心キット)(以下「キット」という。)の配付を受けたいので、次のとおり申請します。また、私が届けた本件個人情報を小田原市消防本部に提供することを承諾します。

申 請 者	住 所	大井町
	フリカ`ナ	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日(歳)

申 請 事 由	<p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <p>1 65歳以上のひとり暮らし</p> <p>2 65歳以上の方のみの世帯</p> <p>3 次のいずれかに該当する方のみの世帯 身体障害者手帳1級もしくは2級の方、療育手帳A判定の方</p> <p>4 次のいずれかに該当する方で、ひとりで過ごされることの多い方 65歳以上の方、身体障害者手帳1級もしくは2級の方、療育手帳A判定の方</p> <p>5 その他()</p>
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

次の事項について了承いたします。

①救急活動により、人命優先(心肺停止)とした急を要する場合は、キットを使用しないこともあります。

②所定の場所にステッカーが貼られていないときや、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットが活用されない場合もあります。

③玄関の内側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、冷蔵庫等を開けて、キットを取り出す場合があります。

④かかりつけの医療機関があっても、他の病院へ救急搬送される場合があります。

⑤救急医療・災害情報において、身内への連絡先などが記載されていても、すぐには連絡ができない場合もあります。

※町記入欄

決 定 内 容	<input type="checkbox"/> 配付する	<input type="checkbox"/> 配付しない (理 由)
---------	-------------------------------	--------------------------------------