

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	受 付	令和 年 月 日
					伺 い	令和 年 月 日
					決 裁	令和 年 月 日
判定	要 救急医療情報キットを配布してよろしいか伺います。				否(理由)	

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

柏崎市長 様

(申請者) 住 所
 氏 名
 電話番号
 配布対象者との続柄

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、次のとおり申請します。

配 布 対 象 者	フリガナ		生年月日	大・昭
	氏 名			年 月 日(歳)
	住 所			
	電話番号		性 別	男 ・ 女
申 請 事 由	該当するところに○を付けてください。 (1) 一人暮らし(同居の家族等が就労等により長時間にわたって不在となることによる実質的な一人暮らしを含む。)の65歳以上の者 (2) 65歳以上の者のみで構成されている世帯に属する者 (3) その他()			

申請に当たり、次の事項について承諾します。

- ① 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場合があること。
- ② 冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。
- ③ 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき、又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。
- 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医療関係者への伝言を記載していても、その内容どおりに実行されない場合があること。
- ⑥ キットは、適切に管理するとともに、譲渡したり、貸し付けたりしないこと。
- ⑦ 救急医療情報キット配布者名簿を消防署、地域包括支援センター、町内会長及び民生・児童委員に情報提供すること。

配布対象者

処理欄 (以下は、記入しないでください。)

決定区分	<input type="checkbox"/> 配布する (. .)	<input type="checkbox"/> 配布しない
------	---------------------------------------	--------------------------------