

救急医療情報キット申請書・同意書

小郡市社会福祉協議会
会長 森 勝 則 様

ふりがな				行政区名
氏 名				
住 所				区
				性 別
TEL		生年月日 T・S・H 年 月 日		男 女 その他
状 況	一人暮らし高齢者 ・その他 ()			

救急医療情報キット（以下キットという。）の申込みにあたり、以下のことに同意し申込みます。

1. キットの救急医療情報を作成する上で、小郡市社会福祉協議会でお渡しする救急医療情報台紙に申請者の行政区・氏名・性別・生年月日・住所・TEL・緊急時の家族等の連絡先・かかりつけ医・生活状況・身体状況の情報を記載の上使用すること。
2. 冷蔵庫にキットのマークがある場合は、本人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットをとり出すこと。
3. 救急隊が冷蔵庫を開けたときに、中の食料品等が飛び出すなど、損害を与えた場合の責任を問わないこと。
4. 救急隊は、傷病者がキットの保持者でも、救急活動によってはキットを活用されない場合があること。
5. 救急隊が進入時の住居の状況（散らかっていたり、暗かったり）によっては、キットを発見できない場合があること。
6. 本人の状態によっては、必ずしも救急情報台帳に書かれた「かかりつけ医」に搬送できない場合があること。
7. 個人情報、緊急搬送等の緊急時または、更新時に使用させていただきます。

令和 年 月 日

申請同意者

印

【問い合わせ・申込み先】

小郡市社会福祉協議会 地域福祉係 小郡市二森1167-1 あすてらす内
TEL 73-1120 FAX 72-5694