

## 長野原町救急医療情報キット配布申請書

長野原町長様

申請者 住所 長野原町大字

氏名 ㊟

電話番号

私は、裏面に記載されている条項を了承し、救急医療情報キットの配布を申請します。

救急医療情報キットを利用する者				
住所	長野原町大字			
電話番号		緊急連絡先 (携帯電話等)		
ふりがな 氏名	性別	生年月日		備考
	男・女	明大 昭平	年 月 日	
	男・女	明大 昭平	年 月 日	
	男・女	明大 昭平	年 月 日	
	男・女	明大 昭平	年 月 日	
	男・女	明大 昭平	年 月 日	

該当するものに○をつけて下さい。

- 一人暮らしの65歳以上の世帯。
- 65歳以上の者のみの世帯、又はこれに準する世帯。
- 心身に障害のある者のみの世帯、又はこれに準する世帯。
- 疾病等により発作等を発症する可能性がある者が属する世帯。
- アレルギー等を持っている者が属する世帯。
- 上記に該当しない世帯。

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> その他 ( )
------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

長野原町救急医療情報キット（以下「キット」という。）の受領にあたり、次の各号に対し、キットの受領者及びキット内に情報を入れて利用する者の全員が了承したものとします。

- ①キットの配布を受けた者の氏名、住所等の情報を、長野原町が吾妻広域消防本部等関係機関に提供すること。
- ②キット内の救急医療情報を救急隊員又は搬送先の医療機関等が閲覧し、救急医療に活用すること。
- ③所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所（冷蔵庫内のドアポケット）にキットが保管されていなかった場合には、キット内の救急医療情報が活用されない場合があること。
- ④キットについては、本人及び家族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ことがあること。また、冷蔵庫を開けた際に、冷蔵庫内の食料品等が飛び出すなどして損害が生じた場合なども一切の責任を負わないこと。
- ⑤キットは救急隊が救急医療活動に必要な場合は持ち出すことがあること。
- ⑥救急隊が不要と判断した場合は、キット内の救急医療情報を活用しない場合があること。
- ⑦かかりつけ医療機関の記載があっても、他の医療機関に搬送される場合があること。
- ⑧救急医療情報シートに救急隊員への伝言が記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- ⑨キットは善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。また、目的以外の用途に利用しないこと。

平成 年 月 日

利用者代表 住 所 長野原町大字

氏 名 印

電話番号

-----  
委 任 状

私は、下記の者を代理人として、救急医療情報キットの配布申請及び受領の一切について委任します。

代理人 住所 電話

氏名

申請人 住所

氏名

印