

救急医療情報キット配布申請書

平成 年 月 日

(宛先) 高取町長 殿

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、下記のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
代理人	住所			
	フリガナ		続柄	
	氏名			

次の事項について了解いたします。

- 1 所定の位置にステッカーを貼っていなかったとき又は冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用できない場合があります。
- 2 救急活動等の際に、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ります。
- 4 あなたが医療情報用紙に記載した事項については、搬送に急を要する場合や救急隊員が救急活動の状況によって、不必要と判断したときなどには、キットを活用しない場合があります。
- 5 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。
- 6 キットは大切に保管し、他者に譲ったり又は貸し付けたりしないでください。
- 7 キットは救急隊員の判断で、本人の同意を得ることなく救急搬送先に渡す場合があります。