

救急医療情報キット 申請書（表）

別記様式（第4条関係）

救急医療情報キット配付申請書兼登録台帳

年 月 日

始良市長 殿

救急医療情報キット（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。

申請者 (世帯主)	(ふりがな) 氏 名	() Ⓜ	電 話	
	住 所	始良市		
キ ツ ト 利 用 者	世帯主との続柄	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	対 象 事 由 (下記事由から選択)
		()	年 月 日生	
		()	年 月 日生	
		()	年 月 日生	
対象事由 (1) 65歳以上の者 (2) 身体障害者手帳の交付を受けた者 (3) 療育手帳の交付を受けた者 (4) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者 (5) 特定疾患医療受給者証の交付を受けた者 (6) その他 ()				

代理申請の場合、下記をご記入ください。

代 理 申 請 者	(ふりがな) 氏 名	() Ⓜ	世帯主との 関 係	
	住 所		電 話	

申請書 (裏)

私は、キットの配布に関し下記事項に同意いたします。

年 月 日

世帯主氏名 _____ ⑩

- 1 キットの配布を受けたことを消防署へ情報提供すること。
- 2 救急隊員が救急活動において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。
- 3 所定の位置にステッカーがはられていなかったとき、又は所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。
- 4 玄関ドアの内側にステッカーがはられている場合は、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があること。
- 5 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。
- 6 救急あんしんカードに救急隊員への伝言を記載していても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- 7 キットは、善良に管理するとともに、譲渡したり、貸付けたりしないこと。

※市記入欄 (この欄は、記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	配布決定年月日	年 月 日
配布年月日	年 月 日	消防本部提供 年 月 日	年 月 日

救急医療情報キット 挿入用紙

救急あんしんカード

記入日 平成 年 月 日
変更日 平成 年 月 日

1. 利用者(ご本人)情報

住所	電話番号	
(ふりがな) 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
性別	血液型	男・女 型

写真
ここにご本人の写真
(裏面氏名記入)を貼
り付けるか
※写真(裏面氏名記
入)を容器内に入れ
て下さい
平成 年 月 日現在

2. 緊急連絡先

電話番号	氏名	住所	続柄
1			
2			

3. かかりつけ医等

	かかりつけ医療機関 1	かかりつけ医療機関 2
医療機関の名称		
科目及び担当医		
電話番号		
現在:治療中の病名 薬を飲んでいる場合や処置を 受けている場合、経過観察中等	糖尿病・心臓病・脳卒中(脳梗塞、脳出血)腎臓病・肝臓病(A型・B型・C型)胃潰瘍 高血圧・高脂血症・喘息・がん() 精神神経疾患・結核・感染症() その他()	糖尿病・心臓病・脳卒中(脳梗塞、脳出血)腎臓病・肝臓病(A型・B型・C型)胃潰瘍 高血圧・高脂血症・喘息・がん() 精神神経疾患・結核・感染症() その他()
かかったことのある病名	糖尿病・心臓病・脳卒中(脳梗塞、脳出血)腎臓病・肝臓病(A型・B型・C型)胃潰瘍・高血圧 高脂血症・喘息・がん() その他()	糖尿病・心臓病・脳卒中(脳梗塞、脳出血)腎臓病・肝臓病(A型・B型・C型)胃潰瘍・高血圧 高脂血症・喘息・がん() 精神神経疾患・結核・感染症() その他()
保険証 診察券	あり・なし あり・なし	※「あり」の場合は写しを容器内に入れて下さい

4. 服薬情報等

服薬内容	※薬剤情報提供書(お薬手帳の内容)も容器に入れて下さい
	糖尿病の方: インスリン あり・なし 低血糖発作 あり・なし
	心臓病、脳卒中の方: 血液凝固剤(血液サラサラ薬) あり・なし

5. その他

機能障害	マヒの部位や程度: 上肢(右・左) / 下肢(右・左) 全く動かない・少しは動く・しびれだけ
その他	(医療機関・救急隊員・ケアマネージャー等への伝言など)

6. 同意

同意欄	容器の中に入っている情報を、始良市職員・始良市消防本部職員と、搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。また、緊急時において、緊急連絡先に連絡することに同意します。		
	本人氏名		印鑑 または サイン

※医療機関へのごお願い

使用後は必ずご本人に救急医療情報キット(救急あんしんカード等含む)をお返してください