

資料 7

八潮市高齢者在宅福祉生活支援事業利用申請書添付資料

(救急医療情報キット用)

利用者名	(ふりがな)			
申請区分 (該当する区分に ○印)	健康上不安があり、次のいずれかに該当する。			
		65歳以上でひとり暮らしの者		
		65歳以上の者のみの世帯に属する者		
		心身に障がいのある者でひとり暮らしの者		
		65歳以上又は心身に障がいのある者であり、長時間ひとり暮らしと同様の状態にある者		
	その他 ()			
世帯構成 (本人を含む。)	氏名	続柄	生年月日	備考欄
		本人		
救急隊進入口				
同意	<p>私は、八潮市で実施している救急医療情報キット配布事業を利用するに当たり、以下について同意します。</p> <p>① 救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療情報キットの容器に入っている救急医療情報用紙を救急医療に活用すること。</p> <p>② 本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出す場合があること。(※保管容器は冷蔵庫に保管すること。)</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 救急活動によっては、救急医療情報キットを活用しない場合があること。</p> <p>⑤ 申請書等の情報を草加八潮消防組合、担当民生委員及び地域包括支援センターへ提供すること。</p> <p>⑥ 申請書等の情報を災害時に関係機関へ提供すること。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 八潮市長</p> <p style="text-align: right;">利用者 印</p>			