

(様式第2号)

救急医療情報セット利用申込書(兼同意書)

年 月 日

(あて先) 松江市長

救急医療情報セット(情報シート、専用ケース)を利用したいので、情報シートの内容を救急医療に活用することに同意し、次のとおり申し込みます。また、後述の事項について了承いたします。

申請者 (利用者) (シートを必要とされる方の氏名等の記入をお願いします。)	①	(ふりがな)		性別	生年月日
		氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	②	(ふりがな)		性別	生年月日
		氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	③	(ふりがな)		性別	生年月日
		氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	④	(ふりがな)		性別	生年月日
		氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住所		松江市			
電話番号		0852 — —			
申込事由	該当するものに○をお願いいたします。 1. 65歳以上のひとり暮らし 2. 65歳以上のみの世帯 3. 日中または夜間独居 4. 同居者に疾患があり、通報できないため 5. その他()				

同意内容

救急時に活用できるように、申込書・情報シートの内容を消防本部、医療機関へ提供することについて、同意します。

次の①から⑧について、了承しました。

- ① 搬送に急を要するとき等は、シートを活用できない場合があります。
- ② 所定の場所(原則は冷蔵庫の前面、前面が難しいときは側面)にセットが貼付されていないときは、シートを活用できない場合があります。
- ③ 急を要する場合は、救急隊員が本人等の同意を得ることなく、セットを持ち出す場合があります。
- ④ 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ります。
- ⑤ シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限りません。
- ⑥ セットの善良な管理をお願いします。
- ⑦ シートの情報は、毎年1回は見直して更新してください。
- ⑧ セットが不要となった場合、ご自身または家族の方で処分してください。