

様式第1号（第4条関係）

豊岡市救急医療情報キット配布申出書

年 月 日

豊岡市長様

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、次のとおり申し出ます。

利用者	住 所		豊岡市	電話番号	—
	(1)	氏 名			
		生年月日	年	月	日（ 歳）
	(2)	氏 名			
		生年月日	年	月	日（ 歳）
	(3)	氏 名			
生年月日		年	月	日（ 歳）	
事 由	該当する事由の番号を○で囲んでください。 1 65歳以上でひとり暮らし 2 65歳以上のみの世帯 3 その他（ ）				
次の事項について同意します。 利用者代表 (1) 救急隊が救急活動に不必要と判断した場合又は搬送に急を要する場合は、キットを活用しないときがあること。 (2) 冷蔵庫の表ドアにマグネットシールを貼っていなかった場合又は冷蔵庫にキットを保管していなかった場合は、キットを活用できないときがあること。 (3) 救急活動の際に、本人及び同居人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。 (4) 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ること。 (5) 医療情報用紙に記載した事項について、救急活動の状況によっては活用されない場合があること。 (6) キットに保管する内容を必要に応じて更新するとともに、キットを他者に譲渡し、又は貸し付けてはならないこと。 (7) 申出書及び医療情報用紙に記載した内容は、その利用目的の範囲内で、救急隊、民生委員・児童委員、自治会長、医療機関等に提供する場合があること。					