

救急医療情報セット配布申請書

年 月 日

愛川町長様

救急医療情報セットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住 所	愛川町
	氏 名	
申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1 障害者 2 ひとり暮らし、寝たきり、認知症高齢者 3 その他	
救急医療情報セットを利用されるにあたって、次のような場合があることをご了承ください。 1 救急隊が救急活動に不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、救急医療情報シートを活用しない場合があります。 2 <u>玄関内側</u>にステッカーを貼っていなかったとき又は救急情報シートを保管用ビニール袋に入れ<u>冷蔵庫側面又は前面に</u>吊るしていなかったときは、活用できない場合があります。 3 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。 4 あなたが救急医療情報シートに記載した事項については、救急活動の状況によって、必ずしも活用されるとは限りません。 5 申請書及び救急医療情報シートに記載した内容は、その目的の範囲内で、救急隊、民生委員、医療機関等にお知らせする場合があります。		