第2号様式

救急医療情報キット配付申請書

年　　月　　日

（あて先）伊達市長

申請者　住　所

氏　名

利用者との続柄（　　）　電話　　ー

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、下記の通り申請します。

利用者	住　所	伊達市	電話番号	
	フリガナ 氏　名		生年月日	M・T・S　年　月　日
申請事由	該当する事由の番号に〇をつけてください。 1.　65歳以上のひとり暮らし 2.　その他（　　）			

次の事項について了解いたします。

① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したときまたは搬送に急を要する時は、キットを活用しない場合があること。

② 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、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。

③ 玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、本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。

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ること。

⑤ 救急情報カード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らないこと。

⑥ 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。

⑦ キットの情報は個人の責任のもと更新すること。