

救急医療情報キット配布申出書

令和 年 月 日

高 梁 市 長 殿

下記事項に同意して、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、次のとおり申出します。

申請者	住 所	高梁市	電話番号	()
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
代理人	住 所	高梁市	続 柄	
	フリガナ			
	氏 名			

キ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には、キットを活用しない場合があります。
- 2 所定の位置にステッカーを貼っていなかったとき、又は冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用できない場合があります。
- 3 救急活動の際に、本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ります。
- 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ります。
- 5 本人が医療情報用紙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。
- 6 キットは大切に保管し、他者に譲ったり又は貸し付けたりしないでください。
- 7 キットを必要としなくなったときは、情報用紙等は各自破棄をしてください。