

栃木市緊急医療情報カプセル配付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 栃木市長

次のとおり、栃木市緊急医療情報カプセルを申請します。

申請者 (利用者)	フリガナ			
	氏名			
	住所	栃木市		
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
申請事由	(該当する欄に○を付けてください。)			
	1	65歳以上のひとり暮らしの方		
	2	65歳以上の高齢者世帯		
	3	内部障害のある身体障がい者手帳1級、2級、3級の方で内臓疾患を有する方		
	4	療育手帳A1若しくはA2の方、精神障がい者保健福祉手帳1級の方		
	5	その他 ()		
申請者以外の 利用者	氏名		続柄	利用者から見て_____
	氏名		続柄	利用者から見て_____

○ 代理申請の場合

代理申請者				
住所 事業所名等 でも可	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ			
電話番号				
続柄	利用者から見て_____			

承諾事項	<p>ア 救急活動によっては、カプセルを活用しないことがあること。</p> <p>イ カプセルを冷蔵庫に保管し、ステッカーを所定の位置に貼ること。</p> <p>ウ 救急活動の際、本人や同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてカプセルを確認する可能性があること。</p> <p>エ 救急時に、かかりつけ医療機関以外の病院に搬送される可能性があること。</p> <p>オ 地域での見守りの観点から、配付対象者本人の情報を関係機関へ提供されることがあること。</p> <p>カ カプセルを他人に譲渡したり貸付けしたりしないこと。</p> <p>キ カプセル内部情報の更新をこまめに行い、カプセルの利用可能状態を保つこと。</p> <p>ク カプセル利用者の住所を、消防救急隊と共有すること。</p>
------	---