

救急医療情報カプセル配布申込書

年 月 日

古河市長 宛て

古河市救急医療情報カプセル配布事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申込みします。

申 込 者	ふりがな 氏 名	⑤	生年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所	古河市	電話番号	
代 理 人	氏名又は 事業所名	⑤	申込者との 関 係	
	住 所		電話番号	
申 込 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歳以上の方のみの世帯 3 日中独居の65歳以上で、健康上不安のある方 4-① 身体障害者手帳1級又は2級の方若しくは3級の方で内部障害のある方 4-② 療育手帳㊦又はA級の方 4-③ 精神障害者保健福祉手帳1級の方 5 その他 ()			
承 諾 事 項	次の事項について承諾します。 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。 イ カプセルを冷蔵庫に保管し、及びステッカーを所定の位置に貼ること。 ウ 救急活動の際、本人及び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場合があること。 エ 救急時に、掛かり付け医療機関以外の病院に搬送される場合があること。 オ 地域での見守りの観点から、本人情報を関係機関（消防署、警察署、民生委員等）へ提供されることがあること。 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。			