

様式第 1 号（第 2 条関係）

救 急 医 療 情 報 カ ー ド

氏 名	生 年 月 日	性 別	血液型
フリガナ	年 月 日	男 女	
電 話 番 号	住 所		
()	河南町		

	かかりつけ医療機関	かかりつけ医療機関
名 称		
科 目 ・ 担 当 医		
所 在 地		
電 話 番 号	()	()

緊急連絡先氏名	続柄	電 話 番 号	住 所
		()	
		()	

服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）	疾 病

そ の 他 (救急隊員への伝言など)	
-----------------------	--

指定居宅介護支援事業所	電 話 番 号	所 在 地
	()	

記入の仕方、注意事項

1 ご本人情報について

- ① 血液型 お調べになったことがない等、分からない場合は「不明」とご記入ください。
- ② 住所 アパート名、部屋番号は必ずご記入ください。

2 かかりつけ医療機関について

- ① かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違えないようにご記入ください。
- ② 医療機関名は2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

3 緊急連絡先について

- ① 3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ② 緊急連絡先氏名：ご家族意外の方でもかまいません。
- ③ 連絡先：日中と夜間つながる番号をご記入ください。

4 服薬内容、疾病について

- ① 服薬内容：薬剤情報提供書の写し、お薬手帳の写し、薬袋などを入れてください。
- ② 疾病：わかる範囲でご記入ください。

5 指定居宅介護支援事業者について

連絡先：担当ケアマネジャーがいる場合、ケアマネジャーに確認し、電話番号も必ずご記入ください。

6 その他欄（記入例）について

- ① 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての病院との取り決めごと。
- ② 救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）。
- ③ 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰かなど）
- ④ その他緊急時に役立つと思われること。

様式第 2 号（第 4 条関係）

救急医療情報キット配布申請書（兼同意書）

年 月 日

河南町長 あて

河南町救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、下記の内容について同意します。

利 用 者	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	河南町					
	電 話	—					
	申請事由 該当に○	(1) 65 歳以上のひとり暮らし高齢者 (2) 70 歳以上のみの世帯に属する者 (3) 身体障害者手帳（1、2 級）、療育手帳（A）、精神障害者保健福祉手帳（1 級）の交付を受けている者のみの世帯に属する者 (4) その他（ ）					
世帯員	氏名		生年月日		障がい者手帳等		
	氏名		生年月日		障がい者手帳等		
	氏名		生年月日		障がい者手帳等		

申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申 請 者	氏 名		利用者との関係	
	住 所			

同 意 書	私は、救急医療情報キットの配布を受けるにあたり、キットを配備し緊急時に有効活用するため、以下の情報活用・提供に同意します。				
	○	①救急医療情報カードに記載した情報を救急活動時に救急隊員及び搬送先の医療機関が活用すること			
		②再配布やカード情報更新の促進・確認のため、民生委員・児童委員や事業協力者等に救急医療情報キットの配布を受けていることについて情報提供すること。			
	本人氏名			署名又は印	

＊救急医療に活用するため、①の同意は必須です。

~~~~~

※河南町整理欄

| 受 付 者 | 整 理 番 号 | 申請者名簿入力 | 区 分 |
|-------|---------|---------|-----|
|       |         |         |     |

## 様式第 3 号（第 7 条関係）

## 救急医療情報キット配布者台帳

| 番号 | 申請日 | 氏 名 | 住 所 | 電 話 | 申請事由 | 備 考 |
|----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 1  |     |     |     |     |      |     |
| 2  |     |     |     |     |      |     |
| 3  |     |     |     |     |      |     |
| 4  |     |     |     |     |      |     |
| 5  |     |     |     |     |      |     |
| 6  |     |     |     |     |      |     |
| 7  |     |     |     |     |      |     |
| 8  |     |     |     |     |      |     |
| 9  |     |     |     |     |      |     |
| 10 |     |     |     |     |      |     |
| 11 |     |     |     |     |      |     |
| 12 |     |     |     |     |      |     |
| 13 |     |     |     |     |      |     |
| 14 |     |     |     |     |      |     |
| 15 |     |     |     |     |      |     |
| 16 |     |     |     |     |      |     |
| 17 |     |     |     |     |      |     |
| 18 |     |     |     |     |      |     |
| 19 |     |     |     |     |      |     |
| 20 |     |     |     |     |      |     |
| 21 |     |     |     |     |      |     |
| 22 |     |     |     |     |      |     |
| 23 |     |     |     |     |      |     |
| 24 |     |     |     |     |      |     |
| 25 |     |     |     |     |      |     |
| 26 |     |     |     |     |      |     |
| 27 |     |     |     |     |      |     |

