（様式第２号）

救急医療情報セット利用申込書（兼同意書）

年　　月　　日

（あて先）　松江市長

救急医療情報セット（情報シート、専用ケース）を利用したいので、情報シートの内容を救急医療に活用することに同意し、次のとおり申し込みます。また、後述の事項について了承いたします。

<table>
<tr><td rowspan="10">申請者
（利用者）
（シートを必要とされる方の氏名等の記入をお願いします。）</td><td rowspan="2">①</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>明・大・昭・平
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>明・大・昭・平
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">③</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>明・大・昭・平
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">④</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>明・大・昭・平
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="3">松江市</td></tr>
<tr><td colspan="2">電 話 番 号</td><td colspan="3">0852　　－　　　　－</td></tr>
<tr><td>申込事由</td><td colspan="5">該当するものに〇をお願いいたします。
1.　65 歳以上のひとり暮らし　　2.　65 歳以上のみの世帯
3.　日中または夜間独居　　　　4.　同居者に疾患があり、通報できないため
5.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
</table>

<u>同意内容</u>

救急時に活用できるように、申込書・情報シートの内容を消防本部、医療機関へ提供することについて、同意します。

次の①から⑧について、了承しました。

① 搬送に急を要するとき等は、シートを活用できない場合があります。
② 所定の場所（原則は冷蔵庫の前面、前面が難しいときは側面）にセットが貼付されていないときは、シートを活用できない場合があります。
③ 急を要する場合は、救急隊員が本人等の同意を得ることなく、セットを持ち出す場合があります。
④ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があります。
⑤ シート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りません。
⑥ セットの善良な管理をお願いします。
⑦ シートの情報は、毎年1回は見直して更新してください。
⑧ セットが不要となった場合、ご自身または家族の方で処分してください。