

住吉区救急カプセル配付申込書

申込日：平成 年 月 日

(あて先) 大阪市住吉区社会福祉協議会 会長様

住吉区救急カプセル(以下「カプセル」という。)の配付を受けたいので、下記の事項を了承し、次のとおり申込みます。

申込者	(ふりがな) 氏名		対象者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	〒 -	電話番号	() -
配付対象者	(ふりがな) 氏名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
	住所	〒 -	電話番号	() -
申込事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1. 65歳以上のひとり暮らしの方 2. 70歳以上の高齢者だけの世帯 3. その他			
<p>①救急活動の際、シールが冷蔵庫の扉に貼られている場合は、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取り出すことがあります。</p> <p>②救急活動によっては、救急隊員が必要でないと判断した場合や搬送に急を要するときはカプセルを活用しない場合があります。</p> <p>③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。</p> <p>④救急隊員への伝言が記載されていても、実行されるとは限らない場合があります。</p> <p>⑤救急情報カードの記載内容について変更が生じた場合は、常に最新の情報が活用できるように内容を書き換えてください。</p> <p>⑥救急情報カードに記載された医療情報等は救急活動によって、救急隊員や医療機関が必要と判断したときは、関係機関へ情報が提供されることがあります。</p>				

※本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に即し適正な管理を行い、本業務以外に使用することはいたしません。