

健康安心キット申請書 兼 情報シート

宜野湾市長 殿

申請日 平成 年 月 日

| | | | | | |
|---------------------|---|-------|----------------|--------|--------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | 血液型 |
| 氏名 | | 男・女 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日 | 型 【Rh】+・- |
| 住所 | 宜野湾市 | | 電話番号 | | |
| 申請事由 | <p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <p>1.65歳以上の者 (1.単身 2.夫婦のみ 3.その他)</p> <p>2.障がいがある者 (1.身体 2.知的 3.視覚 4.聴覚 5.精神 6.その他)</p> <p>3.難病のある者 4. その他()</p> | | | | |
| | かかりつけ医療機関① | | かかりつけ医療機関② | | |
| *名称 | | | | | |
| 科目及び担当医 | | | | | |
| 所在地 | 電話 | | 電話 | | |
| 服用内容 | ① | | *現病歴 | ① | |
| | ② | | | ② | |
| *これまでにかかった病気 | | | *アレルギー | 無・有【 】 | |
| その他 (救急隊員への伝言など) | | | | | |
| *緊急連絡先氏名 | *続柄 | *電話番号 | | 住所 | |
| ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業所等 | 電話番号 | | | | |
| | | | | | |
| 同意欄 | <p>次の事項に同意します。</p> <p>①この用紙を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用すること。</p> <p>②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ること。</p> <p>③この用紙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らないこと。</p> | | | | |
| | 本人氏名 | | 代筆者氏名 | (続柄) | |

※*マークがついている欄は必ずご記入下さい。

※情報が新しくなった時は書き換えて下さい。

※保管ケースは冷蔵庫の正面にはりつけて下さい。

宜野湾市記入欄

| | |
|-----|--|
| 受付日 | |
| 担当課 | |
| 通番号 | |