

様式第1号（第4条第1項、第6条第2項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

救急医療情報キット配付申出書兼同意書

年 月 日

住 所

申出者 氏 名 ㊟

（署名又は記名押印）

電話番号

生年月日 年 月 日

1 救急医療情報キットの配付の申出

※既に救急医療情報キットを保有している場合で、救急医療情報シートの情報
を市が保有すること等に同意する場合は2のみ記入してください。

救急医療情報キットの配付を希望するので、次のとおり申し出ます。

事 由	該当する事由に○を付けてください。	
	(1) 災害時要援護者リストに登録されている (2) 65歳以上の一人暮らし (3) 65歳以上の者のみの世帯 (4) 身体障害者等の手帳を持っている (5) 健康上の不安がある (具体的な理由)	
窓口に来 た方（申 出者と違 う場合）	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日

2 救急医療情報シートの共有に関する同意

次の(1)～(3)に同意する場合は、同意する項目の□に☑を入れ、救急医療情報シートの写しを市に提出してください。

□(1) 救急医療情報シートに記載されている情報を市が保有し、一般社団法人静岡
岡県医師会が運営するシズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報シス
テム）に登録し、医療・介護・福祉サービスの提供に活用すること。

□(2) 救急時又は入退院時に、市が救急医療情報シートに記載されている情報を
救急隊、医療機関その他の関係機関に共有すること。

□(3) 死亡時に、市が救急医療情報シートに記載されている情報を関係機関に共
有すること。

