

(第5条関係)

## 命のカプセル「あんしん」申込書

令和 年 月 日

寝屋川市長 あて

次のことに同意したうえで命のカプセル「あんしん」を申し込みます。

- ① 医療情報を救急隊や搬送先の医療機関が救急医療活動に利用する。
- ② 救急隊が不必要と判断した場合や搬送に急を要する場合など、医療情報を活用しないことがある。
- ③ 救急隊員への伝言等、記載事項については実行されないこともある。

ふりがな 氏名			電話			
住所	〒572- 寝屋川市					
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
申請理由	該当する ( ) に○を入れてください。 ① 65歳以上のひとり暮らし ( ) ② 65歳以上の高齢者のみ世帯 ( ) ③ 障害者手帳をもっている ・ 身体障害者手帳1・2級 ( ) ・ 療育手帳 ( ) ・ 精神障害者保健福祉手帳 ( ) ・ 緊急時の対応が困難 ( ) ④ その他 ( ) <u>具体的に</u>				<b>&lt;ご注意&gt;</b> 65歳以上のひとり暮らしで、社会福祉協議会(校区福祉委員会)の「ひとり暮らし高齢者台帳」に記入された方などは <b>申請不要</b> です。  ※記入したかどうかわからない場合は申請してください。	

↓ カプセルに**2人以上**の医療情報などを入れる場合のみ、こちらも記入してください。

用紙 必要枚数	枚	<例>65歳以上のご夫婦でご利用の場合、 「2枚」とご記入ください。 ※医療情報を記入する用紙を2枚お渡します。
------------	---	--

↓ 申請者が**本人以外**の場合のみ、こちらも記入してください。

申請者名			電話		
住所 事業所名等 でも可				本人との 関係	

※この欄には記入しないでください。

受付日	年 月 日	受付場所	<input type="checkbox"/> 高齢介護室 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 障害福祉課 <input type="checkbox"/> その他 ( )	整理番号	年度(西暦)	受付場所での通し番号
-----	-------	------	---	------	--------	------------

※1枚の申請書(1世帯)につきカプセルは1本。医療情報記入用紙は追加配布可能。