（新）第２号様式

**医療・介護連携情報共有システム登録事業(救急キット)申請書**

令和　　年　　月　　日

野辺地町長　　野　村　秀　雄　殿

　　　　　　　　　　　　　 住　所　野辺地町字

　　　　　　　　　　　　　 申請者

　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

救急医療情報（救急キット）の交付について、救急搬送や入退院時等、サービス調整のために医療及び介護従事者、その他の関係機関が適切と認める通信手段等を用いて診療及び介護情報を共有・提供することに同意し、申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  対象者氏名 | |  | | | 男・女 | | | 明･大･昭　　　　年　　月　　日 | | |
| 住　　　所 | | 野辺地町字 | | | | | | 歳 | | 電話(　　)  血 液 型（　 　型　） |
| 緊急連絡先 | 氏　　　　　　名 | | | | 続　柄 | | | 電　話（携　帯） | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| 対象者の  世帯状況 | 氏 名 | | 続 柄 | | | 年 齢 | | 職場・連絡先等 | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
| 医療状況 | 健康状態 | （良・治療中）　病名（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 通院状況 | （医療機関）　　　　　　　　（主治医） | | | | | | | | |
| 障がい  記入欄 | 障がいの種類 | 身体 ・ 知的 ・ 精神 | | | | | | | | |
| 障害者手帳  の内容 | 第　　　種　　　級  交付月日　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | | |