第1号様式（第四条、第五条、第十条関係）

野辺地町救急医療情報キット配布事業

**申請書 兼 救急医療情報用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日（申請日） | 　　年　　月　　日 |

**１．登録者の基本情報を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 野辺地町字 |
| (ふりがな)氏　　名 | (　　　　　　　　　　　　　　) | 男・女 | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　　）歳 |
| 電話番号 |  | 血液型 | 　　　　　　型／　　不明 |
| 世帯状況 | ・独居　　　　　　　　・高齢者のみの世帯　・その他の世帯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**２．緊急時の連絡先を記入してください。　※2名必要です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 続 柄 | 電話番号 | 住　　　所 |
| ① |  |  |  |
|  |  |  |  |

**※緊急連絡先は、その方の許可を得た上で記入してください。**

**３．あなたの福祉に関する情報について記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険について | 要介護度 | 介護認定なし　・　要支援1　・　要支援2要介護1　・　要介護2　・　要介護3　・要介護4　・要介護5 |
| 居宅介護支援事業所(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ氏名) |  |
| 障がい福祉について | 障がいの種類 | 障がいなし　・　身体 ・ 知的 ・ 精神 |
| 障害者手帳の内容 | 第　　　種　　　級交付月日　　　　年　　月　　日 |
| 障がい名 |  |
| 相談支援事業所(相談員氏名) |  |

**４．あなたのかかりつけ医と病名について、当てはまる箇所に〇をつけてください。**

**その他の場合は（　　　）の中に記入して　ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | かかりつけ医療機関① | かかりつけ医療機関② |
| ㋐公立野辺地病院　　　㋑のへじクリニック㋒戸館内科整形外科医院㋓えびさわクリニック　㋔ちびき病院㋕その他(　　　　　　　　　　　　　　)㋖かかりつけ医なし | ㋐公立野辺地病院　　　㋑のへじクリニック㋒戸館内科整形外科医院㋓えびさわクリニック　㋔ちびき病院㋕その他(　　　　　　　　　　　　　　)㋖かかりつけ医なし |
| 疾患(病名) | 1. 脳梗塞
2. 心臓疾患（診断名：　　　　　　　　）
3. 高血圧症　　④糖尿病　　⑤脂質異常症

⑥肝臓疾患（診断名：　　　　　　　　　）⑦肺疾患（診断名：　　　　　　　　　　）⑧関節リウマチ　　　⑨骨粗しょう症⑩脊柱管狭窄症（部位：　　　　　　　　）1. 関節痛（部位：　　　　　　　　　　　）
2. 認知症

⑬その他の病気(　　　　　　　　　　　) | 1. 脳梗塞
2. 心臓疾患（診断名：　　　　　　　　）
3. 高血圧症　　　④糖尿病　　⑤脂質異常症

⑥肝臓疾患（診断名：　　　　　　　　　）⑦肺疾患（診断名：　　　　　　　　　　）⑧関節リウマチ　　　⑨骨粗しょう症1. 脊柱管狭窄症（部位：　　　　　　　　）

⑪関節痛（部位：　　　　　　　　　　　）⑫認知症⑬その他の病気(　　　　　　　　　　　) |
| その他（救急隊員や治療にあたる医師に伝えたいことを記入） | □立つことや歩行ができない□杖・歩行器所持　　　　　　　　　　　　　□車いす所持□物が見えない（見えにくい）　　　　　　　□音が聞こえない（聞き取りにくい）□麻痺がある（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□日常的に痛みがある（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**５．その他特記すべきことがありましたら、記入してください。**

**同意書**

**野辺地町長　様**

**私は、本用紙に記載された情報を、野辺地町地域包括支援センター及び介護・福祉課から野辺地消防署へ情報提供すること、その他関係する機関等と必要に応じて情報共有することに同意します。**

**年　　月　　日**

**申請者(自署)**

**※代理申請の場合は続柄記入 【続柄：　　　　】**

**代理申請者の電話番号：**