

「安心キット」を無料配布します

「安心キット」は、あなたの身体が急変するなど、万が一の場合に備え、あなたの、緊急の連絡先、かかりつけの医療機関、いつも服用している薬、などを記入した用紙を専用の容器に入れ、救急隊などが発見しやすい冷蔵庫に保管しておくものです。

ひとり暮らしの方、高齢者だけの世帯、障がいのある方、病気がちで不安のある方などで、ご希望される方に無料で配布します。

「安心キット」をご希望の方は、別紙「安心キット申込書」をご記入の上、智頭町社会福祉協議会までご持参下さい。



緊急情報シート

記入年月日 年 月 日

ご本人の基本情報

姓 (姓)	名 (名)	生 年 月 日	性 別	住 居 地 (〒)	住 居 地 (市 町 村)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)
住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)

緊急連絡先 ※字が小さくなるべく連絡先の名義を記入してください。 近隣に親族がいない場合にはすぐに届けられる方も記入してください。

姓 (姓)	名 (名)	生 年 月 日	性 別	住 居 地 (〒)	住 居 地 (市 町 村)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)
住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)	住 居 地 (番 号)

現在治療中の病気について ※薬名から選ばれる「薬の銘柄名(薬剤情報提供書)」を原簿の中に入れていただく。 「飲んでいる薬名」の記入は省略して構いません。

治療中の病気(病名)	飲んでいる薬名	かかりつけ医

詳しくは、
智頭町社会福祉協議会まで
電話 75-2326

安心キット申込書

住所	智頭町	電話	()
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	() 歳

緊急の連絡先 ①	氏名	フリガナ	本人との関係		
	住所		電話	()	
			携帯	()	
緊急の連絡先 ②	氏名	フリガナ	本人との関係		
	住所		電話	()	
			携帯	()	

かかりつけの医療機関	日常的に必要な薬や医療器具

申込の理由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 介護保険で要介護の認定を受けている
	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳の交付を受けている
	<input type="checkbox"/> 日中、高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> その他 ()

私は、緊急時に備え、この申込書に記入した個人情報を、 智頭町社会福祉協議会および智頭町が保有管理し、また、緊急時に 智頭町民生児童委員、八頭消防署智頭出張所、智頭警察署、お よび当該医療機関に提供されることに同意します。	本人署名（又は印）

申込日	年 月 日
-----	-------

配布確認	
------	--