

平成 年 月 日

稲敷広域消防本部消防長 殿

申請者

住所

氏名

登録者との続柄

電話番号

FAX番号

特定在宅療法等継続者登録申請書

下記のとおり、特定在宅療法等継続者登録者制度に登録したいので申請します。

(ふりがな) 登録者	() (男・女)	生年月日	年 月 日 [歳]
登録者住所		TEL	固定： 携帯：
緊急時連絡先	① TEL(携帯可)： ② TEL(携帯可)：		続柄： 続柄：
掛り付け 医療機関		主治医名	科 医師
搬送先医療機関			
病 名			
現在の状態 ・身体状況 ・使用機器 ・使用薬剤 ・その他(要望等)	※在学(予定含む)の場合は学校名 ()		
※医師の所見 (予想される状態、救急隊の対応及び要望等)	※アナフィラキシー登録の場合は、医師の所見は必須ではありません。		
登録の可・否			

注意事項

- ※ 登録の採否については審査後、ご連絡いたします。なお、119通報や現場に到着した救急隊員に口頭依頼で足りると判断される場合は、登録できないことがありますので予めお含みおきください。
- ※ 登録の有効期間は5年です。更に登録が必要な場合はご連絡ください。
- ※ 救急車の要請に際しては、登録してあること及び被登録者名等を通報してください。
- ※ 救急車を要請した場合、到着した救急隊員に登録情報を説明してください。
- ※ 救急隊員の応急処置は、法令等により対処できない場合があります。