

災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書

区市町村長 殿

下記について情報を提供します。

記

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	T / S / H / R	年 月 日	生まれ 歳
住 所	〒 (Tel)		
病 名			
療 養 状 況			
人 工 呼 吸 器	TPPV ・ NPPV (気管切開) (マスク使用)	内部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
	使用時間 24時間 ・ その他 ()	外部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
吸 引 器	内部バッテリー 有 ・ 無 足踏み式等非電源式 有 ・ 無	蘇生バッグ 有 ・ 無	
そ の 他 医 療 機 器 等	在宅酸素・輸液ポンプ・パルスオキシメーター・低圧持続吸引器・ 吸入器・経管栄養(胃ろう・経鼻・その他)・排痰補助装置		

私は、災害時又は緊急時の支援を目的として、上記の情報について住所地の区・市町村へ提供します。

年 月 日

署名者氏名 印

例 示 (9 ページを参照)

【医療機関用】

災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書

区市町村長 殿

下記の人工呼吸器使用者について情報提供の同意を得たので、情報を提供します。

記

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	T / S / H / R	年 月 日	生まれ 歳
住 所	〒 (Tel)		
病 名			
療 養 状 況			
人 工 呼 吸 器	TPPV ・ NPPV (気管切開) (マスク使用)	内部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
	使用時間 24時間 ・ その他 ()	外部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
吸 引 器	内部バッテリー 有 ・ 無 足踏み式等非電源式 有 ・ 無	蘇生バッグ 有 ・ 無	
そ の 他 医 療 機 器 等	在宅酸素・輸液ポンプ・パルスオキシメーター・低圧持続吸引器・ 吸入器・経管栄養(胃ろう・経鼻・その他)・排痰補助装置		

私は、災害時又は緊急時の支援を目的として、上記の情報について住所地の区・市町村へ提供することに同意します。

年 月 日

同意者氏名 _____ 印

医療機関名 _____ (Tel)

診療科 _____ 医師名 _____

災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書

区市町村長 殿

下記の人工呼吸器使用者について情報提供の同意を得たので、情報を提供します。

記

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	T / S / H / R	年 月 日	生まれ 歳
住 所	〒 (Tel)		
病 名			
療 養 状 況			
人 工 呼 吸 器	TPPV ・ NPPV (気管切開) (マスク使用)	内部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
	使用時間 24時間 ・ その他 ()	外部バッテリー 有 (時間) ・ 無	
吸 引 器	内部バッテリー 有 ・ 無 足踏み式等非電源式 有 ・ 無	蘇生バッグ 有 ・ 無	
そ の 他 医 療 機 器 等	在宅酸素・輸液ポンプ・パルスオキシメーター・低圧持続吸引器・ 吸入器・経管栄養(胃ろう・経鼻・その他)・排痰補助装置		

私は、災害時又は緊急時の支援を目的として、上記の情報について住所地の区・市町村へ提供することに同意します。

年 月 日

同意者氏名 印

機関名 _____

(Tel)