

# 見守りパッケージ申込書

社会福祉法人 京極町社会福祉協議会 会長 清水 耕策 様

|                                     |                                                                                 |                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 救急医療情報キット  |                                                                                 |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 電話サービス     | 希望日                                                                             | 月・火・水・木・金・土・日 週____回                                                                                                                             |
|                                     | 希望時間                                                                            | 9時～10時～11時～12時～13時～14時～15時～16時～17時～                                                                                                              |
|                                     | 電話に関して配慮を要する事項                                                                  | <input type="checkbox"/> 電話に出ない場合の対応（ ）<br><input type="checkbox"/> 声量（ ）<br><input type="checkbox"/> 声の高さ（ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|                                     | <input type="checkbox"/> 緊急通報システム                                               | 担当者から詳細を確認のため後日改めてご連絡させていただきます                                                                                                                   |
|                                     | <input type="checkbox"/> かぎ預かり事業                                                | 担当者から詳細を確認のため後日改めてご連絡させていただきます                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> みまもりウォーキング | <input type="checkbox"/> 腕章希望（裏面記載 有・無） <input type="checkbox"/> リストバンド希望       |                                                                                                                                                  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Kenkuru参加あり <input type="checkbox"/> 元気湧く湧くウォークラリー参加あり |                                                                                                                                                  |

## 【救急医療情報キットについて】

1. キットの入った保存容器は冷蔵庫の扉の内側に保管し、マグネットは冷蔵庫の扉の外側に貼り付けをお願いします。
2. 救急車を要請した際に、救急隊にキットがあることをお伝えください。
3. 救急隊がマグネットを確認しキット保有者と分かった場合は、本人や同居人の同意を得ずに冷蔵庫からキットを取り出すことがあります。
4. キットは救急隊の判断で救急活動に利用されない場合があります。
5. 本人の状態によっては、キットに記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。

## 【個人情報の使用について】

私は、社会福祉法人京極町社会福祉協議会が、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用することに同意します。

1. サービス利用決定のための調査及び調整を行う社会福祉協議会、地域包括支援センター及び担当する介護支援専門員に対し、申込書記載の情報等、サービス利用決定及びサービス提供に関する必要な情報を提供すること。
2. 入院などで長期不在となる場合、各事業担当者にサービス休止・再開のため、情報を提供すること。
3. 緊急を要する際の連絡の場合、救急隊、搬送先の医療機関、各事業にかかわる担当者、協力員(緊急通報システム登録者)に私に関する情報を提供すること。
4. 鍵預かり事業登録者が安否不明時の照会があった場合、役場・警察・町内会(会長・福祉委員)・担当民生委員等に安否に関する情報共有を行うこと。

令和 年 月 日

利用対象者 氏名

代筆

(続柄 )

利用者連絡先

※ 本申込書は利用者に写しを発行するものとする