

災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書

新宿区長 あて

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。

情報提供機関 _____ (担当者名)

電 話 番 号 _____

記

フリガナ 患者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 (歳)			
住 所	〒			
電話番号	【自宅】		【携帯】	
病 名				
療養状況				
人工呼吸器	T P P V ・ N P P V (気管切開) (マスク使用)		【機種】	
	【内部バッテリー】有 (時間) ・ 無		【外部バッテリー】有 (時間) ・ 無	
	【使用時間】 24 時間 ・ その他 ()		【蘇生バッグ】 有 ・ 無	
吸引器	【内部バッテリー (充電) 式】有 ・ 無 【乾電池式】有 ・ 無 【足踏み式等非電源式】有 ・ 無 【低圧持続 (唾液) 吸引器】有 ・ 無			
その他医療機器	在宅酸素 ・ 輸液ポンプ ・ パルスオキシメーター ・ 吸入器 ・ 排痰補助装置 ・ 経管栄養			
非常用電源	【発電機】有 ・ 無 【蓄電池】有 ・ 無 【その他】 ()			

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新宿区長へ提供することに同意します。

年 月 日

同意者氏名

(代筆者氏名)

使用者との続柄 ()