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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 | ＴＰＰＶ　・　ＮＰＰＶ（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（　　　　　　　　　）