

## K - N e t 登録に関する同意（不同意）書

柏市長あて

①要支援者（児）【高齢者・高齢者のみ世帯・障害者（児）・小児の疾病等】←該当するものに○印を

住所 _____	
(フリガナ) 氏名 ----- (男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日生	連絡先(固定電話, 携帯電話, FAX, メールアドレス) 1. _____ 2. _____

②私が届け出た次の個人情報を、私を支援して下さる地域の方々に提供することに

 同意します ⇒下記項目も記入してください。 同意しません ⇒下記項目も記入してください。 施設入所中/長期入院中です ⇒登録対象者から除外します。これで終了です。)

情報提供項目（情報提供を希望しない項目がある場合は、空欄にしてください）

③町会・自治会・区等の名称 (加入している場合)	
④緊急時の家族等の連絡先（事前に、連絡先のかたの了承を頂いた上、御記入ください。）	
(フリガナ) -----	
1. 氏名	続柄 ( ) 連絡先
(フリガナ) -----	
2. 氏名	続柄 ( ) 連絡先
障害者手帳の有無・介護保険の利用者が否かにかかわらず、以下の該当する項目全てに☑をお願いします。	
⑤要支援者（児）の状況	
・目が	<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
・耳が	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
・歩行困難	<input type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない・車椅子が必要)
・その他	<input type="checkbox"/> 言葉を話せない <input type="checkbox"/> 理解力が乏しい
	<input type="checkbox"/> 意思伝達能力が乏しい <input type="checkbox"/> 興奮しやすい
●その他地域の方々に伝えたい情報は、 <u>救急医療情報キット(※注)</u> を御活用ください。	
※注 <u>救急医療情報キット</u> …かかりつけの病院や服薬情報、緊急先の連絡先等を登録票に記載して円筒形の容器に入れ、冷蔵庫内に保管しておくものです。	

⑥署名欄 (いづれかを記入)	本人署名
	代理人署名 ※本人が「自署できない」「未成年である」などの場合、代理人の署名が必要です 氏名
	要支援者との関係 ( )
	住所

