

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、私を支援してくだ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 |
| | 住所 |
| | 要支援者との関係 () |

