

# 個人情報使用同意書

作成日：令和 8年 4月 1日

傷 病 者 情 報	(ふりがな) 氏名	しこく まいな 四国 マイナ	性別	女性
	生年月日	R4.9.9	年齢	4歳
	住所 (電話番号)	〒799-1234 TEL:0896-12-3456 (携帯:090-1111-1111) 四国中央市〇〇町〇番〇号 〇〇マンション 〇〇号室		
	かかりつけ医療機関	〇〇医院	診療科目・主治医	小児科・〇〇医師
	搬送先医療機関	〇〇医療センター ※かかりつけと同じ場合は同上	診療科目・主治医	小児科・〇〇医師 ※かかりつけと同じ場合は同上
	病名 (症状)	上気道狭窄 気管切開・人工呼吸管理		
	緊急連絡先	〒799-1234 TEL:0896-12-3456 (携帯:090-1111-1111) 住所 四国中央市〇〇町〇番〇号 〇〇マンション 〇〇号室 (フリガナ) シコク キョウコ 氏名 四国 救子 (続柄:母親)		
現在の状況 (特記事項等)	上記疾患により、気管切開及び人工呼吸管理を行っており、自宅にて医療的ケアを受けておりますが、急変する可能性があるため情報を共有しておきたいと思っています。医療機関から発行される病状等が詳しく記載されている診療情報提供書等を消防本部にも提供していただき、救急隊が把握できる状態にさせていただければありがたいです。等			

四国中央市消防本部 消防長 様

上記の個人情報及び情報提供について、病状の急変等の緊急対応時に使用すること及び関係機関と情報を共有することに同意いたします。

(児)

住所：四国中央市〇〇町〇番〇号 〇〇マンション 〇〇号室

氏名：四国 マイナ

(保護者)

住所：四国中央市〇〇町〇番〇号 〇〇マンション 〇〇号室

氏名：四国 救太 印

続柄：父親