

様式 1

災害等緊急時支援に伴う個人情報提供に関する同意書

福島県会津保健福祉事務所長 様

私は、下記の児について福島県会津保健福祉事務所が、下記の範囲において、当該個人情報を利用することに同意します。

記

1 提供する第三者

災害時緊急支援を受けようとする居住市町村、契約する電力会社、関係医療機関、その他緊急時支援を受けようとする関係機関（疾病児童等により異なる）

2 利用する者の利用目的

災害時等における疾病児童等の状況に応じた適切な緊急支援のため

3 提供する個人情報

- (1) 氏名、住所、生年月日、電話番号、家族構成、居住状況
- (2) 通院医療機関及び関係機関、その他身体状況に関する状況
- (3) 近所の協力者

年 月 日

児氏名 _____

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印

児との続柄 _____

住 所 _____

生活状況票

疾病児		生年月日	
受給者番号		疾病名	
住所	〒		
保護者氏名	児との続柄 ()	世帯主名	児との続柄 ()
連絡先	自宅:	携帯:	
家事構成 (同居者に○)	本人・父親・母親・兄弟 (人) ・祖父・祖母・その他 ()		
電力会社	会社名 (連絡先)		
	契約者:	児との続柄 ()	
	お客様番号:		
身体障害者手帳	種 級		
人工呼吸器	装着	無 有	バッテリー 内部⇒持続時間 (時間) 外部… 有 無 ⇒持続時間 (時間)
経管栄養等	無 有	⇒	鼻腔栄養 胃ろう 他 ()
吸引器の使用	使用	無 有	充電器持続時間 連続使用时间 分
自家発電機 保有の有無	無 有	⇒	燃料の種類
備考			

疾病児名： _____

生活状況票

災害時連絡先	氏名		児との続柄	
	連絡先電話番号			
主治医	医療機関名			
	氏名			
	連絡先電話番号			
支援中心者			連絡先	
相談支援事業所	事業所名			
	連絡先電話番号		担当者名	
訪問看護 ステーション	事業者名			
	連絡先電話番号		担当者名	
医療機器会社	事業所名			
	連絡先電話番号		担当者名	
近所の協力者	氏名		電話番号	
	氏名		電話番号	
	氏名		電話番号	
備考				

生活状況票の使用にあたっては、プライバシーの保護に十分に配慮し、この目的以外に使用することはありません。