（第２号様式）

【関係機関用】

**人工呼吸器使用に関する情報提供についての同意書**

豊島区長　殿

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。

記

フリガナ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生まれ　　　　　　　　　歳 | | | |
| 住所 | 〒  (TEL ) | | | |
| 病名 |  | | | |
| 療養状況 |  | | | |
| 人工呼吸器 | ＴＰＰＶ　・　ＮＰＰＶ  (気管切開)　（マスク使用） | 内部バッテリー　有（　　時間）・無 | | |
| 使用時間　24時間・  その他（　　　　　　　） | 外部バッテリー　有（　　時間）・無 | | |
| 吸　引　器 | 内部バッテリー　有・無  足踏み式等非電源式　有・無 | 蘇生バッグ　有・無 | | |
| その他  医療機器等 | 在宅酸素・輸液ポンプ・パルスオキシメーター・低圧持続吸引機・　　　　　吸入器・経管栄養（胃ろう・経鼻・その他）・排痰補助装置 | | | |

以上

　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健康推進課支援計画グループへ提供することに同意します。

年　　　月　　　日

同意者氏名

機関名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　）