

消防への情報提供用紙	
登録者	
氏名 (ふりがな) : 広島 県人 (ひろしま けん と)	
生年月日 : (大 昭 平 ・ 令) 35 年 1 月 1 日 (58 歳) 性別 : 男 ・ 女	
住所 : 〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3	
電話番号 : 082-XXX-XXXX	
家族介護者氏名 (ふりがな) : 広島 花子 (ひろしま はなこ)	
家族の緊急連絡先	
①氏名 (ふりがな) : 広島花子 (ひろしま はなこ)	②氏名 (ふりがな) : 広島 大 (ひろしま だい)
登録者との続柄 : 妻	登録者との続柄 : 子
電話番号 : 082-XXX-XXXX	電話番号 : 082-XXX-XXXX
24 時間連絡対応担当者 (訪問看護師、ケアマネジャー等)	
所属事業所名 : 訪問看護ステーション〇〇 電話番号 : 082-XXX-XXXX	
氏名 (ふりがな) : 宮島安芸子 (みやじま あきこ)	
病名及び現在の身体の状況	搬送物品
病名 : 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器
身体の状況 :	<input checked="" type="checkbox"/> アンビューバック
・気管切開、胃ろうをしています	<input checked="" type="checkbox"/> 吸引器と吸引セット (カテーテル、消毒薬、蒸留水、手袋またはセッシン)
・24 時間人工呼吸器をつけています	<input checked="" type="checkbox"/> 処方薬
・酸素 10/l 使用しています	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証類 (医療、介護、老人、原爆、特定疾患、身障者手帳)
・酸素飽和度 (SpO2) 90%以上維持できる	<input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション手段 (文字盤、携帯用意思伝達装置)
よう用手換気が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回り品 (着替え、オムツほか)
・自分で体を動かすことはできません	<input type="checkbox"/> その他
・首は座っていない状態でグラグラします	
・発語が難しく、文字盤で意思疎通をします	
など	
搬送先の救急病院	
・救急病院①	
病院名 : 〇〇病院	電話番号 : 082-XXX-XXXX
担当医師名 : 呼吸器内科〇〇先生	電話番号 : 082-XXX-XXXX
・救急病院②	
病院名 : △△病院	電話番号 : 082-XXX-YYYY
担当医師名 : 脳神経内科△△先生	電話番号 : 082-XXX-ZZZZ
・救急病院③	
病院名 :	電話番号 :
担当医師名 :	電話番号 :