

消防への情報提供用紙

消防への情報提供用紙	
登録者	
氏名 (ふりがな): ()	
生年月日: (大・昭・平・令) 年 月 日 (歳) 性別: 男・女	
住所: 〒	
電話番号:	
家族介護者氏名 (ふりがな): ()	
家族の緊急連絡先	
①氏名 (ふりがな): ()	②氏名 (ふりがな): ()
登録者との続柄:	登録者との続柄:
電話番号:	電話番号:
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:	電話番号:
氏名 (ふりがな): ()	
病名及び現在の身体の状況	常備品
病名:	<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器
身体の状況:	<input type="checkbox"/> アンビューバック
	<input 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)
	<input type="checkbox"/> 処方薬
	<input type="checkbox"/> 保険証類 (医療、介護、後期高齢者、原爆、指定難病、身体障害者手帳)
	<input 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)
	<input type="checkbox"/> 身の回り品 (着替え、オムツほか)
	<input type="checkbox"/> その他
搬送先の救急病院	
・救急病院①	
病院名:	電話番号:
担当医師名:	電話番号:
・救急病院②	
病院名:	電話番号:
担当医師名:	電話番号:
・救急病院③	
病院名:	電話番号:
担当医師名:	電話番号: