

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) 41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) 登録者との続柄: 妻 電話番号: 082-XXX-XXXX	②氏名(ふりがな): 広島 大 (ひろしま だい) 登録者との続柄: 子 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	常備品
病名: 筋萎縮性側索硬化症(ALS) 身体の状況: ・気管切開、胃ろうをしています ・24時間人工呼吸器をつけています ・酸素1ℓ/m使用しています ・酸素飽和度(SpO2)90%以上維持できるよう う用手換気が必要 ・自分で体を動かすことはできません ・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	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> アンビューバック <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) <input checked="" type="checkbox"/> 処方薬 <input checked="" 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 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) <input checked="" 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: 〇〇病院	電話番号: 082-XXX-XXX Y
担当医師名: 呼吸器内科〇〇先生	電話番号: 082-XXX-XXX Z
・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: