

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: (昭・平・令) 41 年 1 月 1 日 (59 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態	常備品
病名: 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) ☒ 人工呼吸器使用 (常時/必要時) ☒ 酸素 (常時/必要時) 流量 (1 L/min) ☒ 吸引 (持続/適宜) ☒ 経管栄養 (経鼻/胃ろう) ☐ 導尿 (留置カテーテル/適宜) ☐ オムツ ☒ 自力体動 (可/不可) ☒ 車椅子 ☐ ベッド上 ☒ 意思疎通方法 (視線入力 PC・文字盤) ☐ その他 ()	☒ 在宅人工呼吸器 ☒ アンビューバック ☒ 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) ☒ 処方薬 ☒ 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) ☒ コミュニケーション手段 (文字盤、携帯用意思伝達装置) ☒ 身の回り品 (着替え、オムツほか) ☒ マイナンバーカード ☐ 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: