

消防への情報提供用紙

登録者

氏 名 (ふりがな) : ()
 生年月日 : (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) : () 登録者との続柄 : 電話番号 :	②氏名 (ふりがな) : () 登録者との続柄 : 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態

常備品

病名 : ☐ 人工呼吸器使用 (常時／必要時) ☐ 酸素 (常時／必要時) 流量 (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 () ☐ 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 : 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 :