

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) : ( )	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"/> 人工呼吸器使用 (常時/必要時) <input type="checkbox"/> 酸素 (常時/必要時) 流量 ( L/min) <input type="checkbox"/> 吸引 (持続/適宜) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻/胃ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 (留置カテーテル/適宜) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自力体動 (可/不可) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 意思疎通方法 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input type="checkbox"/> バックバルブマスク <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、重度障害者医療) <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"/> マイナンバーカード <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 :