

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況	常備品
病名: 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 (常時/必要時) <input checked="" type="checkbox"/> 酸素 (常時/必要時) 流量 (1 L/min) <input checked="" type="checkbox"/> 吸引 (持続/適宜) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自力体動 (可/不可) <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通方法 (視線入力 PC・文字盤) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> バックバルブマスク <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、重度障害者医療) <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 checked="" 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: 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: