

消防への情報提供用紙	
登録者	
氏名 (ふりがな) : ()	
生年月日 : (明・大・昭・平) 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	搬送物品
病名 :	<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器
身体の状況 :	<input type="checkbox"/> アンビューバック
	<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)
	<input type="checkbox"/> 処方薬
	<input type="checkbox"/> 保険証類 (医療、介護、老人、原爆、特定疾患、身障者手帳)
	<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"/> 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 :