

さん

災害時 対応ノート

【作成日： 年 月 日】

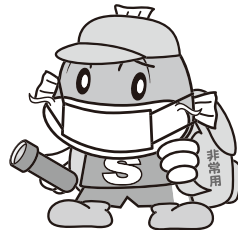
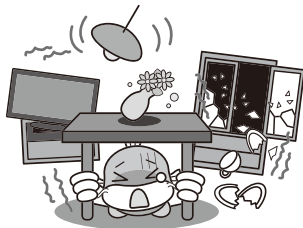


ビワエンくん

いざという時のために

指定難病・小児慢性特定疾病等で 人工呼吸器、酸素、吸引器を使用している方へ

本人・家族・関係者で相談して、このノートを作成しましょう。
避難・入院する際もこのノートを必ず持っていきましょう。



- 地震や水害などの災害はいつおこるかわかりません。
- 地震などの大規模な災害時は、電気・ガス・水道などのライフラインが途絶えたり、家屋の内外が倒壊し医療機器が壊れるなどの事態が予測されます。
- 災害時、本人や家族の方は、普段できることができなくなってしまうことが予測されます。
- 地震・水害などの災害が起きた時、落ち着いて対応するためには、日頃からの備えが大切です。
- このノートは日頃準備すべきことや、緊急時の療養に必要な本人・家族の方の情報をまとめておくために作成しました。
- いざという時のために、必要事項を記入し、いつでも持ち出せるところに置いておきましょう。

8. 災害時に協力してくれる人を見つけておきましょう!

- ・いざという時あなたに協力(安否の確認や関係機関への連絡等)をしてくれる地域の協力者を見つけておきましょう。
- ・市町で実施されている災害時要配慮者支援制度へ登録しましょう。

9. 避難(所)場所を確認しておきましょう!

- ・避難(所)場所は、災害に関する情報が集まったり食料配布の場所となります。ご自分の地域ではどこが指定されているのか、確認しておきましょう。
- ・自分がどこに避難する予定なのかを、関係者(医療機器メーカーの担当者や訪問看護師など)に伝えておきましょう。

避難(所)場所

住所：

(TEL — —)

※災害時、行政機関等がみなさんの安否の確認を行ったり、酸素メーカーが酸素の供給をすみやかに行うためには、みなさんに避難(所)場所を知らせていただくことが大変重要になってきます。避難時には、マニュアルの最後のページを切り取って、避難(所)場所を記入し、自宅の玄関など外から確認しやすい場所に貼っておきましょう。

緊急時の連絡票

- ・これは災害時に緊急避難的に受診した医療機関や、災害時支援のケア担当者に参考にしてもらうものです。主治医と相談して記入しましょう。
- ・状況に変化があったときは記入し直しましょう。1年に1回は見直しましょう。

基礎情報 ①	患者氏名			性別	男・女	
	生年月日	M/T/S/H/R 年 月 日		生まれ		
	住所	〒				
				(TEL - -)		
	診断名					
	主治医	医療機関名				
	医療機関所在地					
			(TEL - -)			
	医師名					
今までの経過	発症： 年 月		人工呼吸器装着年月		年 月	
			在宅酸素療法開始年月		年 月	

基礎情報 ②	記入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	記入者名				
	身長	cm	cm	cm	cm
	体重	kg	kg	kg	kg
	血圧/	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	SaO2	%	%	%	%
	脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分
	服薬中の薬				
	合併症等				

のりしろ

(※人工呼吸器の設定数値等を張り付けてください)

人工呼吸器	記入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	呼吸器機種				
	メーカー				
	換気モード				
	換気回数 (回・分)				
	1 回換気量 ml				
	離脱	自発呼吸 有 ・ 無	自発呼吸 有 ・ 無	自発呼吸 有 ・ 無	
	可 () 分 不可	可 () 分 不可	可 () 分 不可		
酸素	機種	酸素濃縮器・酸素ポンベ (本)	酸素濃縮器・酸素ポンベ (本)	酸素濃縮器・酸素ポンベ (本)	
	メーカー				
	モード	同調 ・ 連続	同調 ・ 連続	同調 ・ 連続	
	吸入流量 (L/分)				
吸引	気管カニューレー 製品名・サイズ・カフ圧				
	吸引回数 回/日 (うち夜間 回)	(回/日 回)	(回/日 回)	(回/日 回)	
栄養	摂取方法	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH	
	種類 (品名)				
	摂取量		時 ml	時 ml	時 ml
			時 ml	時 ml	時 ml
			時 ml	時 ml	時 ml
			時 ml	時 ml	時 ml
	(ml/日)	(ml/日)	(ml/日)		
	水分補給 回	水分補給 回	水分補給 回		
排泄方法	尿	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)	
	便				
コミュニケーション方法： 会話・筆談・文字盤 意思伝達装置など					
その他特記事項					

関係者連絡リスト

	所 属	担当者	電話番号
主治医			
訪問看護師			
ケアマネジャー			
人工呼吸器提供会社			
在宅酸素提供会社			
民生委員			
地域の協力者			
行政担当者	(担当課：)		
	(担当課：)		

家族・親戚

続 柄	氏 名	住 所	電話番号
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：

写真を貼っておきましょう

人工呼吸器と回路の接続

人工呼吸器と外部バッテリー等の接続

※避難時、このページを切り取って、玄関など外から確認しやすい場所に貼り付けておきましょう。

この家の住居人、

(氏名)

は、

月 日

(避難先名称)

(避難先住所)

(連絡先)

に、

避難中です。

(特記事項)

切り取り

