埼玉　彩子　様　　　　年　　月　　日生　　災害時情報シート

住所：　浦和区高砂３－１５－１　　　　　　　　　　　　電話：　　　　－　　　　－

作成担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　年　　月　　日

生年月日

安否確認担当者

事業所　〇　〇　〇　〇 ステーション

担当者　▲▲　　　氏　　　　　 電話　０ ４ ８－０ ０ ０－０ ０ ０

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　電話番号 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　電話番号 |

〇病気について

|  |
| --- |
| 病　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他　　 アレルギー |
| 病　院： | 担当医 | 電話： |
| コミュニケーション方法： | 移動方法： |

〇使用している医療機器について

|  |
| --- |
| 人工呼吸器：　　TPPV（気管切開）　　　　・　　　NPPV（マスク使用）　　　（←どちらかを〇で囲む）**計****外部バッテリー****内部バッテリー**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＋　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＝　　　　**時間****時間****時間** |
| 吸引機：　　・充電器　　有　・　無　　　　　　　　　　・足踏み式等非電源式　　有　　・　無 |
| その他：　　在宅酸素　・　輸液ポンプ　・　経管栄養　・　カフアシスト医療処置：　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）予測される災害時（台風・大雨等）の避難の目安 |

２．避難を判断する目安

１．天気予報で台風、大雨などが



 予測される場合は、

停電

①

停電継続時間、復旧の目安を具体的に記入

（テレビ・ラジオ等情報を得る方法）　　からの情報に注意し、

台風・

②

大雨

避難準備・高齢者等避難開始の発令等、

避難行動を起こすための情報を記入

（「警戒レベル３」等避難行動を起こすための情報）　が出たら、

その他

③

予測することで事前に行動できる災害

及び避難を判断する目安を記入

（緊急時の第一連絡先を記入）　　　　　に連絡してください。



い　い　え

・患者さんの病状悪化→入院を検討

・自宅に被害あり　　→避難検討

**□　　患者さんは大丈夫ですか？**

**（意識レベル低下・怪我等ないか）**

□　　自宅は安全ですか？

**□　　人工呼吸器は正常に作動しているか？**

□目視し、人工呼吸器に破損なく、作動しているか

□異常な音、臭いはでていないか

□呼吸器の回路の緩みはないか

□設定値は変わっていないか

人工呼吸器が正常に作動していない

□蘇生バックによる呼吸を開始

□連絡する

・担当医、・訪問看護ステーション　・業者

□　安否の連絡を入れる

　　　・訪問看護ステーション

　　　・ケアマネージャー等

人工呼吸器は正常に作動

停　　電　　あ　　り

１．人工呼吸器の作動確認

　　・外部バッテリーにより作動しているか

合計

内部バッテリー

外部バッテリー

　　　　　　　**＋**　　　　　　　　　**＝**

　　月　　　　　日　　　　時頃まで

時間

酸素ボンベ一本消費時間

２．酸素濃度器：酸素ボンベへの切り替え

時間

　　月　　　　　日　　　　時頃まで

３．充電式吸引器

充電式吸引器連続使用時間

※足踏み式吸引器の準備

時間

４．エアマット

　　□空気を送り込むチューブを閉鎖させておく（チューブを折る、縛る）

５．ブレーカーの確認

　　□通電後、チューブを開放する

　　□ブレーカーが落ちていたら上げる

　　　※全ての電化製品の破損を確認し、破損している電化製品があればコードを抜いてから上げる

　　□停電の情報を確認　　東京電力パワーグリットに連絡　0120-995-007

　　※緊急時はつながりにくくなるため、事前に登録をすすめる

移動手段

**停電が長引きそうな場合**

調整機関　　　　　　　　　　担当者　　　　　　様

**入院する**

連絡先

　　　　　　様

**自宅で過ごす**

担当者

**避難する**

避難所　　　　　　　　　　　　　〇〇小学校

　日分　　の備蓄あり

**２．自家発電の場所確認**

**１．電源の確保**

　自家発電のある場所

　施設名

　住所

　電話　　　　　（　　　）

　日分　　の備蓄あり

　人工呼吸器　（　　　　A）

　バッテリー　（　　　　A）

　その他　　　（　　　　A）