

# 群馬県災害時個別プラン (作成の手引き)

## 《表紙について》

1. 「災害時個別避難計画」を「災害時個別プラン」とする。
2. 作成日:初めてプランを作成し、支援者間で確認した日を記入する。
3. 更新日:プランを修正した日を記入する。
4. 確認日:支援者会議など支援者間で確認した日を記入する。

## 《災害時の情報収集》

1: 「事前に登録・連絡しておく」

●事前に災害に関するメール送信の登録を市町村にしておく。

●東京電力への連絡

・決められた登録用紙はない。電話でも連絡可。

・連絡時に伝えること:①東京電力契約名義 ②医療機器使用者名 ③緊急連絡先(携帯電話)

④予備バッテリーはどの程度もつか? 発電機はあるか?

東京電力カスタマーセンター TEL:0120-99-5222

2: 「災害用伝言ダイヤル『117』」案内にしたがって行う

【伝言を入れる】

171 → 1 → 自宅・被災者宅の電話番号を市外局番からダイヤル(例027-000-0000)

→ 伝言を入れる

【伝言を聞く】

171 → 2 → 自宅・被災者宅の電話番号を市外局番からダイヤル(例027-000-0000)

→ 伝言を聞く

## 《関係者連絡リスト》

## 様式1

1. 関係者の名称、担当者、連絡先の一覧を作成する。
2. 避難所は地域の避難所を記載する。
3. 災害時個別プランの写しを配布した機関に✓を入れる。

《緊急時の医療情報連絡票（在宅人工呼吸器使用者用）》

様式2

災害時は通常の訪問医療者（かかりつけ医や訪問看護ステーション等）の支援を受けられない、緊急避難的に入院する等の可能性が生じる。そのような場合に備え、必要な医療情報を記入しておく。災害時以外にも旅行等の外出時に携帯すると緊急時に対応できる。

項目	記入上の注意点等
診断名	・主たる診断名（人工呼吸療法が必要となった疾患名）を1つ記入する。
合併症	・生命は健康問題に影響が大きいと考えられる疾患名を記入する。 ・記入欄が足りない場合は下段の「その他の特記事項」欄を使用する。
主治医	・専門医は病状が悪化し、入院加療などが必要な場合の病院担当医師。 ・かかりつけ医は自宅へ定期的に訪問診療を行う医師。
今までの経過	・人工呼吸器使用者は、現在の使用方法（気管切開かマスク使用か）の開始時期を記入する。 ・マスク使用から気管切開に移行した場合は、その期日を欄内余白に記入する。 ・その他経過中に発生した重要な経過内容を余白に記入する。
服薬中の薬	・内服薬の他にインスリン注射や気管支拡張剤のテープ等、重要な薬を記入する。 ・薬局から渡される説明書をこの連絡票と一緒に保管しておく。
基礎情報	・状態変化を早期に発見するために必要な情報
コミュニケーション	・コミュニケーションの方法にチェック✓し、「具体的に記載」欄に普段の方法を記入する。
医療処置情報	* 人工呼吸器の設定内容・値は正確に伝達することが重要なため、設定内容のパネルや作動中のモニターパネルを撮影して、この連絡票と一緒に保管するとよい。
人工呼吸器	* 各設定項目は全て当てはまるとは限らない。人工呼吸器の機種により違いがあるので、使用中の人工呼吸器に表示されている設定値を記入する。 ・人工呼吸器装着時間で「日中2時間位外せる」等の情報はその他に記入する。
酸素併用	・使用している場合は、使用量等を記載する。
気管切開	・気管カニューレのカフエアは、カフ圧での管理が推奨されているが、緊急時にカフ圧計を用意出来ないことを考慮して、適正なカフ圧にした場合の「カフエア量」を記入する。
吸引	・「出血しやすいので吸引圧を下げ吸引する」などの注意事項を特記事項内に記入する。
栄養	・栄養摂取の方法について、該当ヶ所に✓する。経管栄養の場合は、栄養剤、1日の総カロリー等を記入する。
膀胱留置カテーテル	・使用している場合は、カテーテルサイズを記入する。
その他の特記事項	・特定の薬剤は消毒薬などにアレルギーがある、時に血圧や脈拍などの変動が大きい等、医療情報として伝達が必要と思われる内容を記入する。

《災害に備えて準備しておくもの》

様式3

品目	必要性・使用法等	留意点・対策等
蘇生バッグ	停電による呼吸器停止時に手で呼吸を確保する道具	手の届く定位置にすぐ使える状態にしておく。緊急時に複数の人が使用できるよう、日頃から練習しておく。
外部バッテリー	停電時の電源。①常に人工呼吸器に繋いでおくタイプと、②停電時(使用時)に繋ぐタイプがある。	②のタイプの注意点は、繋ぎ方を練習しておく、月1回は充電する、バッテリーが劣化するため2年位を目安に交換する。劣化状態の確認法は、フル充電で何時間使用できるか計測する。
予備の呼吸器回路一式 人工鼻、気管カニューレ	災害時の影響による破損、新しい回路の供給ができなくなる恐れがある。	一式は準備しておく。
予備の吸引器	平常時より充電式吸引器の使用を推奨する。足踏み式のものもあるとよい。	充電式吸引器は常に充電しておく。バッテリーの劣化の状況を半年に1回は点検し、2年を目途に交換する。
予備の吸引チューブ、 注射器、グローブ、 アルコール綿、蒸留水	災害の影響により供給が出来なくなる恐れがある。平常時の吸引回数を考慮し、7日以上を準備する。	
酸素ボンベ	停電による酸素濃縮器停止時に切り替える。	酸素濃縮器からボンベへの切り替え方を練習しておく。
栄養ボトル カテーテルチップ、チューブ	災害時の影響による破損や新しい回路の供給が出来なくなる恐れがある。	
経管栄養剤 薬	7日間以上の量を用意し、最新版の処方箋のコピーも入れておく。	主治医に相談する。
パルスオキシメーター	平常時より電池でも使えるものを推奨する。	予備の電池も忘れず用意する。
尿カテセット	災害時の影響により供給出来なくなる恐れがある。	
文字盤	意思伝達装置を使用している場合、停電時には使用できない。	電池で動く意思伝達装置の場合は予備の電池も用意する。

- ◆薬や経管栄養剤、滅菌物は使用期限があるため定期的に確認し、確認した日付を記載する。
- ◆発電機: 直接、人工呼吸器に繋ぎ作動させることは推奨されていない。必ず主治医や人工呼吸器取り扱い業者に確認する。
- ◆使用燃料: ガソリンは携行缶に出来るだけ満タンに入れ、冷暗所に保管する。半年を目安に使い切ることが望ましい。

《自宅付近のハザード（災害被害）》

居住地域の防災マップ、ハザードマップを確認し、自宅付近にどのような災害の危険性があるのか調べ、「洪水」「土砂災害」「地震」「火山」の中で起こり得るものに○を付ける。

オイルタンクが付近にある、住宅が密集していて火災が広がりやすい等、その他に考えられるハザードがある場合には「その他」に○をつけカッコ内に具体的に掲載する。



《停電》

様式4

◆災害に迅速に対応するためには、どの様な時にどの様な行動をとるのか、決めておく必要があります。

項目	事前に準備・記入しておくこと	停電になったら以下の順で行動する
人工呼吸器	外部バッテリーの接続が必要な人工呼吸器か確認する。	1-1:人工呼吸器の電源が内部バッテリーで作動しているか確認する。
		1-2:外部バッテリーの接続が必要な機種は接続する。
		1-3:呼吸器と同時にブレーカーを確認する。
バッテリーの作動時間	内部バッテリー・外部バッテリーの作動時間、予測される合計作動時間を枠内に記入する。	
酸素使用者	酸素濃縮器の内容バッテリーの有無、有りの場合は使用量による作動時間を枠内に記入する。	
	酸素ボンベ1本の消費時間の目安、常備しているボンベ本数、合計消費時間を枠内に記入する。	2: 酸素濃縮器を酸素ボンベに切り替える。 (濃縮器に内蔵バッテリーがある場合はバッテリー終了後)
充電式吸引器	連続使用時間を枠内に記入する。 (バッテリーは2～3年で劣化するため、時々バッテリーを使用し、実際の使用時間を確認する。)	3: 充電式吸引器を用意する。 充電式でない場合は、車のシガーライターケーブル、バッテリースターター、UPSなど使用する。
停電情報	情報収集の方法を確認する。	以上の準備ができたなら  ブレーカーが落ちていない場合は停電の確認をする。 (1)夜の場合は、電気が消えているのが自宅のみか、周辺すべてかを確認する。 (2)東京電力カスタマーセンターへ連絡して停電の確認をする。 TEL:0120-99-5222

《停電が長引きそうな場合》

様式5

停電が長引きそうな場合には、更に対応が必要となります。

項目	事前に準備・記入しておくこと	停電が長引きそうな場合の対応
1 電源の確保	停電が長引くと、バッテリーだけでは足りなくなるので、住宅事情などを考慮してあらかじめ電源の確保をしておく。 準備した項目の口にチェック✓する。	準備した✓の項目の電源を使用する。
車のシガーライターケーブル	人工呼吸器取扱事業者が販売する専用のケーブル、又はシガーライターケーブル付きインバーター(正弦波に変換できる人工呼吸器などの精密機器につなげられるタイプ)を準備。延長コードも必ず用意する。	<u>必ずエンジンを駆動させてからつなぐ。</u> (エンジン駆動時は電流が乱れるので故障の原因になる)
発電機	人工呼吸器とつなぐことは推奨されていない。使用を考える際には、必ず主治医と人工呼吸器業者に確認する。	<u>外部バッテリー等の充電用に使う。</u> <u>必ず屋外で使用する。</u>
接続の優先順位(電源から供給できる電力には限りがある。)	(1)使用機器の「ワット(W)数」を確認し カッコ内に記入する。機器の「アンペア(A)数」に100をかけると「W数」とほぼ同じ。 (2)使用機器の「W数」が電源の「W数」を超えないように接続する機器を決め、○で囲む。機器が動き出す時は表記された容量の2~3倍の電力が必要なることを考慮する。	優先順位の高い機器から電源に繋ぐ。
自家発電設備のあるところ	バッテリー類の充電ができるよう、自宅の近くで自家発電設備があるところを確認し、施設名、住所・連絡先を記入しておく。	外部バッテリーの充電が必要となった場合には、記入してある施設に早めに行く。
2 その他の対処	対処が必要な項目や機器を事前に検討し、必要な項目は口にチェック✓し、対処する機器は○で囲む。	準備した✓の項目の○で囲んだ機器に対処する。
電池利用機器への切り替え	対処する機器は○で囲む。	○で囲んだ機器を電池利用機器に切り替える。
エアマット	長時間の停電では、空気が抜けてしまうものがあるので、確認しておく。	空気が抜けてしまう場合は、空気を送り込むチューブの柔らかい部分を折り、紐で縛る等、 <u>空気が抜けない対策をとる。</u>
人工呼吸器の加温加湿器	代替方法(人工鼻、加温加湿器にぬるま湯を入れる)を主治医と相談し、対処法を○で囲み、使用方法を習得しておく。	○をつけた対応をする。
3 行動の目安	どのような状態になったら、どのように行動するか、あらかじめ決めておく。	まずは訪看STに連絡し、相談する。
4 入院が必要な場合	備えがあっても電力確保が難しい、病状が不安定という場合には入院が必要となる。事前に災害時の緊急入院先を決め、いざという時は訪看に連絡し訪看から主治医に連絡してもらう。	訪看STに連絡がとれないときは主治医に連絡し、入院について相談する。決めておいた医療機関への入院が困難な場合は、神経難病医療ネットワーク事業や医務課等の情報を活用し、関係機関と連携して入院先の確保を図る。

《地震》

様式6

地震の際は、患者の安全確保、人工呼吸器の正常作動が確認できた場合、2次災害の危険がなければ、そのまま自宅で待機することとする。

地震に備えた準備	<p>1: 地震発生時に、患者の周囲に転倒・落下してくるものがないよう、環境を整備する。</p> <p>2: 非常時に蘇生バッグが使用できるよう、日頃より練習しておく。</p> <p>3: 主治医や人工呼吸器・酸素取扱業者の連絡先を枠内に記入しておく。</p> <p>4: 安否の連絡方法として、伝言ダイヤルなどを体験できる日にはシュミレーションを行い、使用方法を関係者で確認しておく。</p>
----------	---

地震発生時の対応	確認したら、各項目に□に✓する。
安全確保	<p>1 : 地震発生時に患者の周囲に転倒・落下してくる物がないか確認し、<u>電動ベッドがギャッジアップされている場合には、安楽な位置に下げる。</u> (停電になると動かなくなるため)</p> <p>2 : 揺れが収まったら、患者に問題が生じていないか確認する。</p>
人工呼吸器の作動確認	<p>1 : 人工呼吸器に破損がなく作動しているか。</p> <p>2 : 異常な音・臭いはないか。 外見の変化がなくても内部で損傷している可能性もある。 その手掛かりとなるのが音や臭い。</p> <p>3 : 呼吸回路の各接続部位に緩みはないか。</p> <p>4 : 回路は破損してないか。 → 正常に作動していない場合は、蘇生バッグによる呼吸に切り替える。その上で医療機関に避難するため、訪看ST等に連絡する。</p>
火災への対応	<p>1 : 地震の後には、火災が発生する危険があるので、ラジオや防災無線等の情報に注意する。</p> <p>2 : 近隣で火災が発生した場合は、枠内の対応を参考に速やかに避難する。近隣へ支援者を求める。</p>
安否の連絡 (現状について連絡)	<p>安全や機器の準備などが確保できたら、安否の状態・避難先等を家族から関係機関に連絡する。</p> <p>安否の連絡方法については、あらかじめいくつかを決めておき、日頃から連絡しておく。</p>



《風水害・火山》

様式7

◆台風や集中豪雨による洪水、土砂災害、火山等に備えて準備をする。

項目	事前に準備・記入しておくこと	風水害等が予測される場合の対応
情報の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・避難のための情報を入手する手段を記入する。 (広報車、サイレン、ラジオ、防災無線、防災メール等)</li> <li>・情報を得るのに登録が必要な場合は事前に登録しておく。 (災害時の情報収集ページ参照)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・台風、大雨、噴火警戒レベル等の情報に注意する。</li> <li>・市町村から『避難の準備勧告』が発令されたら避難できるよう準備しておく。</li> </ul>
避難方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪看STの連絡先を記入する。 主治医の連絡先、移送手段、避難場所を決め、記入する。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 訪看STに連絡する。 (訪看STから医師に連絡)</li> <li>2) 決めていた移送手段に連絡する。</li> <li>3) 避難時の持ち出しセットの口を✓して持ち物を準備する。</li> <li>4) 決めていた避難場所に避難する。</li> </ol>

\* 日頃の外出の機会は、災害時の避難の訓練(シュミレーション)となる。

## 《災害時支援に関わる情報提供について》

- \* 本人を支援する関係機関(主に支援会議に出席する機関)には本人と介護者の同意の元、「災害時個別プラン」の写しを配付する。
- \* 保健所(保健福祉事務所)では写しを配付した部署、担当者を記載し、記録に残す。
- \* 本人、介護者に説明する際、災害等緊急時には消防等公的機関に個人情報を提供する可能性があることも説明する。

様

# 群馬県災害時個別プラン

住 所：

電話番号：

携帯番号： (続柄)

作成日	年	月	日	内容
更新日	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月

※避難するときはこの冊子を必ず持参しましょう

年 月 日作成

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	T. S. H 年 月 日生	( 歳 )	
住所	〒 (電話 )		

## 関係機関連絡リスト

医療機関等	担当者	所属	電話番号	メールアドレス	備考	写し☐
かかりつけ医						<input type="checkbox"/>
専門医						<input type="checkbox"/>
訪問看護 ステーション						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
保健師						<input type="checkbox"/>
ケアマネジャー						<input type="checkbox"/>
訪問介護事業所						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
近隣者						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
避難所	名称	住所				

## 医療機器取扱い事業者リスト

医療機器	担当者	所属	電話番号	メールアドレス	備考
人工呼吸器					
酸素濃縮器					

## 家族・親族リスト

続柄	氏名	住所又は勤務先	電話番号	メールアドレス	備考

## 緊急時の医療情報連絡票（在宅人工呼吸器使用者用）

\* この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。  
緊急避難的に入院する等の時に役立ちます。人工呼吸器の設定内容等が変更した場合は、かかりつけ医や  
訪問看護ステーション等に声をかけて、更新してもらいましょう。

氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年	月	日生	
住所	〒 (電話 )				
診断名					
合併症					
主治医	専門医	医療機関名			
		医師名 (電話 )			
	かかりつけ医	医療機関名			
		医師名 (電話 )			
今までの経過	発症： 年 月 人工呼吸器装着： 年 月 (TPPV ・ NPPV)				
服薬中の薬					
基礎情報	身長	cm	体重	kg	
	血圧	/ mmHg	体温	℃	
	脈拍	回/分	SPO2	%～ %	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他( ) *具体的に記載 (YES/NOサイン等) :				
医療処置情報					
人工呼吸器	機種名 ( ) メーカー ( ) メーカー連絡先 ( )				
	人工呼吸器装着時間： <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 就寝時のみ <input type="checkbox"/> その他( )				
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 気管切開で使用 (TPPV)		<input type="checkbox"/> マスクで使用 (NPPV)		
	内部バッテリー <input type="checkbox"/> 有 ( 時間)	<input type="checkbox"/> 無	内部バッテリー <input type="checkbox"/> 有 ( 時間)	<input type="checkbox"/> 無	
	外部バッテリー <input type="checkbox"/> 有 ( 時間)	<input type="checkbox"/> 無	外部バッテリー <input type="checkbox"/> 有 ( 時間)	<input type="checkbox"/> 無	
	モード <input type="checkbox"/> V-SIMV <input type="checkbox"/> P-SIMV	<input type="checkbox"/> その他	モード <input type="checkbox"/> S/T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> その他	
	1回換気量又は吸気量 ( )		IPAP ( ) EPAP ( )		
	吸気時間 ( ) 呼吸回数 ( )		吸気時間 ( ) 呼吸回数 ( )		
	PS ( ) PEEP ( )		マスク種類 <input type="checkbox"/> 鼻マスク <input type="checkbox"/> 鼻口マスク	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
酸素併用	<input type="checkbox"/> あり ( L/分) 酸素メーカー ( ) 酸素メーカー連絡先 ( )				
気管切開	カニューレサイズ ( ) Fr 製品名 ( ) カフエア ( ) ml				
吸引	吸引チューブサイズ ( ) <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 腔内 *特記事項：				
栄養	<input type="checkbox"/> 経口				
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル				
	サイズ ( ) Fr 製品名 ( ) PEG交換周期 ( ) 日 栄養剤商品名 ( ) 1日の総カロリー ( ) kcal <input type="checkbox"/> その他 ( )				
膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> あり カテーテルサイズ ( ) Fr				
その他特記事項					
記入者：所属	[ ]		職種	[ ] 氏名 [ ]	

## 災害時に備えておくもの ☆7日分を目安

年 月 日作成

まとめられる物はひとまとめにしてベッド近くに置いておき、いつでも持ち出せるようしておきましょう。この他の、非常用持出品についても一緒に準備しておきましょう。

品 目	個数または 7日分あるか	置いてある場所
<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ		
<input type="checkbox"/> 外部バッテリー		
<input type="checkbox"/> 予備の人工呼吸器回路一式		
<input type="checkbox"/> 人工鼻		
<input type="checkbox"/> 予備の気管カニューレ		
<input type="checkbox"/> 予備の吸引器		
<input type="checkbox"/> 予備の吸引チューブ		
<input type="checkbox"/> 注射器(使用中の物含む)		
<input type="checkbox"/> グローブ		
<input type="checkbox"/> アルコール綿		
<input type="checkbox"/> 蒸留水		
<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ		
<input type="checkbox"/> 栄養ボトル(使用中の物含む)		
<input checked="" type="checkbox"/> カテーテルチップ(使用中の物含む)		
<input type="checkbox"/> チューブ(使用中の物含む)		
<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル		
<input type="checkbox"/> 経管栄養剤		
<input type="checkbox"/> パルスオキシメーター		
<input type="checkbox"/> 尿カテセット		
<input type="checkbox"/> 薬		
<input type="checkbox"/> おむつ		
<input type="checkbox"/> 文字盤		

\*非常用持出品（すぐに手に取れるように、ベッドの下などにひとまとめにしておきましょう。）

<input type="checkbox"/> 懐中電灯	<input type="checkbox"/> ラジオ	<input type="checkbox"/> 乾電池	<input type="checkbox"/> スリッパ・運動靴
<input type="checkbox"/> 飲料水	<input type="checkbox"/> 非常用食料	<input type="checkbox"/> 軍手	<input type="checkbox"/> ティッシュペーパー
<input type="checkbox"/> タオル	<input type="checkbox"/> 着替え一式	<input type="checkbox"/> 簡易トイレ	<input type="checkbox"/> 携帯充電器
<input type="checkbox"/> 保険証等	<input type="checkbox"/> 服薬手帳	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 現金
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※発電機、使用燃料、延長コードも、日頃から使えるように準備しておきましょう。

自宅付近のハザード(災害被害)

想定される被害を○で囲みましょう

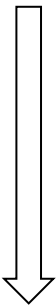
洪水   土砂災害   地震   火山   その他(   )

# 停電

(停電開始： 時 分)

- ブレーカーを確認する
  - ブレーカーが落ちていたらブレーカーを上げる

- 人工呼吸器の電源を確認する
  - バッテリーで作動しているか？
  - 外部バッテリーの接続が必要な場合は接続する



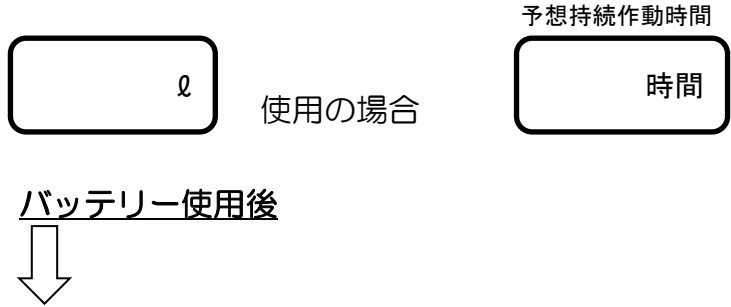
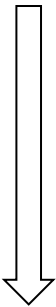
\*人工呼吸器の電源\*

内部バッテリー作動時間 + 外部バッテリー作動時間 = 予想持続作動時間

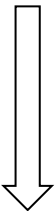
時間 + 時間 × 個 = 時間

酸素濃縮器に内臓バッテリーが

- 「ない」場合
- 「ある」場合



- 酸素ポンベの切り替えを行う



酸素ポンベ1本使用時間 × 家にある本数 = 酸素ポンベ消費時間

ℓ 使用の場合 時間 × 本 = 時間

- 充電式吸引器の作動を確認する

充電式吸引器の連続使用

分

- ブレーカーが落ちていない場合、下記へ連絡して停電の確認をする。

東京電力 カスタマーセンター TEL:0120-99-5222  
 (0120番号を利用できない場合:027-898-3406)  
 \*大規模停電時には電話がつながりにくくなります。

◆ラジオや市町村の防災情報メールなどで停電の情報を注意しましょう。







# 地震

転倒・落下物に注意  
ギャジベッドを下げる!!  
(停電すると動かなくなるため)

- 本人は大丈夫ですか？（確認したら□に✓チェック）
- 人工呼吸器は正常に作動していますか？

- 人工呼吸器に破損なく、作動しているか
- 異常な音、臭いは出ていないか
- 呼吸回路の各接続部にゆるみはないか
- 回路は破損していないか

※アラームが鳴ってなくても必ず確認しましょう

Yes ↓ No

### ※人工呼吸器が正常に作動していない場合

- 蘇生バッグによる呼吸を開始（本人に確認しながら使用）
- 医療機関に避難

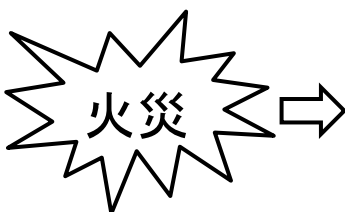
訪問看護ステーションTEL： \_\_\_\_\_ に連絡する。

主治医 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

人工呼吸器取扱事業者 \_\_\_\_\_

人工呼吸器が正常作動している場合 → **停電あり** → **停電ページ確認!**

- 近隣で



- 近隣に支援者を求める
  - 安全な場所へ避難
- 可能であれば『避難時の持ち出しセット』持参

地震の後は、火災発生の危険あり。

ラジオ等の情報に注意しましょう。

※倒壊や2次災害の危険がない場合には、そのまま自宅で待機する。

- 現状について連絡する（可能であれば） 利用の予定の方法を□ →

- 電話連絡先 TEL \_\_\_\_\_
- メール連絡先 メールアドレス \_\_\_\_\_
- 171伝言ダイヤルへの録音（自宅電話番号： \_\_\_\_\_）
- 携帯災害用伝言板 \_\_\_\_\_

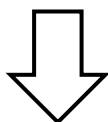
※周囲に転倒、落下物がないよう日頃から注意しましょう!!

## 風水害（洪水、土砂災害、火山等）

■台風、大雨などで風水害が予想される場合、

例) 広報車、サイレン、ラジオ、防災無線、防災メール 等  
からの情報に注意しましょう。

**避難準備情報 が発令されたら**



**避難しましょう**

避難するときは、  
訪問看護ステーション  
（又は、事前に決めた関係機関）

電話 \_\_\_\_\_ に連絡する。

主治医	TEL
移動手段	
避難場所	
避難先住所	TEL

■避難時の持出しセット

3ページをもとに、準備しておきましょう。

# 災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書

市町村長 様

下記の方について情報提供の同意を得たので、情報を提供します。

記

フリガナ 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日 (      歳)			
住所	〒 (電話 )			
病名				
療養状況	退院予定日      年      月      日 (退院の場合) 退院先      自宅			
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> TPPV (気管切開)	<input type="checkbox"/> NPPV (マスク使用)	内部バッテリー	<input type="checkbox"/> 有 (      時間) <input type="checkbox"/> 無
	使用時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 (      )		外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 有 (      時間) <input type="checkbox"/> 無
吸引器	<input type="checkbox"/> 充電器付き	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 足踏み式等非電源式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他 医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引器 <input type="checkbox"/> 吸入器 <input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他)			

年      月      日

私は、災害時又は緊急時の支援を目的として、上記の情報について住所地の市町村及び関係機関へ提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_