

生年月日
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

安否確認担当者

事業所 ○ ○ ○ ○ ステーション

担当者 ▲▲ 氏 電話 048-000-0000

緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号
氏名	続柄	電話番号

○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：	

○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○で囲む)

内部バッテリー	時間	+	外部バッテリー	時間	=	計	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

1. 天気予報で台風、大雨などが予測される場合は、

①
(テレビ・ラジオ等情報を得る方法) からの情報に注意し、

②
(「警戒レベル3」等避難行動を起こすための情報) が出たら、

③
(緊急時の第一連絡先を記入) に連絡してください。

2. 避難を判断する目安

停電
停電継続時間、復旧の目安を具体的に記入

台風・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

その他
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

予測できない災害時(地震等)の避難の目安

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

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

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

人工呼吸器は正常に作動

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

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

外部バッテリー + 内部バッテリー = 合計 時間 月 日 時頃まで

2. 酸素濃度器：酸素ポンベへの切り替え

酸素ポンベ本消費時間 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时间 時間 ※足踏み式吸引器の準備

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）
 通電後、チューブを開放する

5. ブレーカーの確認

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ドに連絡 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

停電が長引きそうな場合

移動手段

入院する

調整機関 担当者 様

連絡先

担当者

避難する

避難所 ○○小学校

自宅で過ごす

日分 の備蓄あり

1. 電源の確保

日分 の備蓄あり
 人工呼吸器 () A
 バッテリー () A
 その他 () A

2. 自家発電の場所確認

自家発電のある場所
 施設名 _____
 住所 _____
 電話 () _____