

難病患者のための災害時個別支援計画～基本情報シート～ (R5.1月)

計画作成日: 令和 5 年 1 月 1 日 最新更新日: 令和 5 年 6 月 10 日

見本

ふりがな	かごしま はなこ	性別	生年月日	S25 年 4 月 1 日 (72 歳)	
氏名	鹿児島 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	主病名	筋萎縮性側索硬化症 受給者番号(難病: 1234567)	
住所	鹿児島市 山下町〇番〇号		電話	自宅:	携帯:
緊急連絡先	氏名: 鹿児島 太郎 続柄 (夫)		電話:	内容に変更が出たときには、修正をし、情報を更新していきましょう。	
	住所: 鹿児島市山下町〇番〇号				
家族・親戚連絡リスト	氏名: 鹿児島 桜子 続柄 (長女)		電話:		
	住所: 鹿児島県〇〇市〇〇町〇〇番地〇				

●関係機関情報(分かる範囲で記入、緊急時にまず連絡するところに★をつけてください)

	名称	★	住所・電話・FAX
専門病院	A大学病院 神経内科		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
主治医	〇〇 先生		電話: FAX:
かかりつけ病院	Bクリニック		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
かかりつけ医	〇〇 〇〇先生		電話: FAX:
入院を希望する病院	C総合病院 神経内科		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
レスパイト入院先	D病院		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
かかりつけ薬局	〇〇調剤薬局		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
訪問看護事業所	〇〇訪問看護ステーション	★	住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
担当者	〇〇 さん		電話: FAX:
訪問介護事業所	〇〇ヘルパーステーション		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
担当者(ヘルパー)	〇〇 さん		電話: FAX:
担当ケアマネ/ 相談支援専門員	居宅介護支援事業所〇〇 〇〇 さん		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
援助をお願い できる 近隣の方など	①〇〇 〇〇さん(近所の方) ②〇〇 〇〇さん(民生委員さん)		住所: ①鹿児島市〇〇町〇〇番地〇 ②鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
医療機器業者 (会社・担当者) (使用機種)	〇〇人工呼吸器会社 〇〇さん 使用機種:〇〇〇〇		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			電話: FAX:
その他	〇〇病院 テイクア		住所: 鹿児島市〇〇町〇〇番地〇
			住所:
			住所:
			電話: FAX:

鹿児島市保健所 鹿児島市山下町11番1号 電話:099-803-6929 FAX:099-803-7026 (担当:)

●医療・避難時の介護者などの情報

お薬手帳・保険証の写しなど貼付

基礎情報	身長	150cm	体重	40kg	血液型	身体障害者手帳	有(1級・1種)・無・不明 手帳番号(1234)
	血圧	100/70	体温	36℃	A B・O・AB RH(⊕・-)	介護保険制度	有(要支援) / 要介護 5 無・不明
	脈拍	60	SpO2	98		障害支援区分	区分6
既往歴・他疾患 手術歴	糖尿病(60歳) 胃ろう増設(65歳)、人工呼吸器装着(66歳)				コミュニケーション方法	会話・筆談・文字盤 意思伝達装置・その他 ()	
医療処置内容	なし・人工呼吸器・酸素療法・気管切開・吸引・経管栄養・留置カテーテル(尿)・人工肛門・膀胱ろう 皮下埋込型ポート・人工透析・腹膜透析・自己注射薬・点滴・その他()						
主介護者	名前	鹿児島 太郎			続柄	(夫)	
避難予定場所	①	D 病院			②	C総合病院	
緊急時移動手段	車(誰の)・福祉車両・福祉タクシー・その他()						
	誰が(夫、訪問看護師、近所の方) 方法は 車いす・ストレッチャー・その他()						
避難行動要支援者登録	有()・無・不明			九電への登録		有()・無・不明	

●医療状況(使用している場合、詳細を記入)

人工呼吸器	使用頻度	内部バッテリー	外部バッテリー	機種名	アンビューバック	使用練習
	24時間・夜間・その他()	3 時間	3 時間	〇〇〇〇	有()・無	済()・未
	■気管切開で使用(TPPV)		換気モード		換気モード	
量規定(VCV)	圧規定(PCV)					
口マスクで使用(NPPV)	呼吸回数(14)回/分	換気時間または換気流量(1.0)	呼吸回数()回/分	換気時間()		
酸素	酸素指示流量	非常時酸素可能時間(備蓄時間) 時間			特記事項	
	安静時 ℓ/分・労作時 ℓ/分	携帯用酸素	リットル	×	本	
気管切開	カニューレ製品名	サイズ	カフエア量		特記事項	
	〇〇〇〇	10mm	8.0ml			
吸引	代替吸引器		使用練習	特記事項		
	気管内・鼻腔内・口腔内	無・有() ⇒ 電動・手動	済()・未			
栄養	経口・胃ろう・腸ろう・経鼻カテーテル	製品名	サイズ	栄養剤製品名	総カロリー	
		〇〇半固形	300g	〇〇〇〇	900カロリー (300カロリー×3回)	
特記事項						
その他医療処置 特記事項など	褥瘡等処置あり					
処方薬	★保管配慮が必要な薬など(例:冷蔵保存が必要等) 糖尿病治療薬					
自己注射薬・点滴						
電源の確保	無・有() ⇒ 車(ケーブル・コンセント)・発電機・その他() 緊急時充電可能場所(〇〇クリニック)					
その他 (主治医からの意見や配慮が必要なこと等)	排痰量多いので、吸痰をこまめにする。 (主治医より)					

このシートは、患者さん、ご家族、支援者が、災害時の備え、情報を共有するためのものとして使用します。支援している支援者も情報を共有することに同意します。

令和 5年 1月 1日

氏名 鹿児島 花子

印

難病患者のための災害時個別支援計画～基本情報シート～ (R5.1月)

計画作成日: 令和 年 月 日 最新更新日: 令和 年 月 日

① 人工呼吸器・在宅酸素・
気管切開・吸引をされている方 用

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		男・女	主病名	受給者番号(難病:)
住所			電話	自宅: 携帯:
緊急連絡先	続柄 ()		電話:	
	住所:			
家族・親戚 連絡リスト	続柄 ()		電話:	
	住所:			

● 関係機関情報(分かる範囲で記入、緊急時にまず連絡するところに★をつけてください)

	名称	★	住所・電話・FAX
専門病院			住所:
主治医			電話: FAX:
かかりつけ病院			住所:
かかりつけ医			電話: FAX:
入院を希望する 病院			住所: 電話: FAX:
レスパイト 入院先			住所: 電話: FAX:
かかりつけ薬局			住所: 電話: FAX:
訪問看護事業所			住所:
担当者			電話: FAX:
訪問介護事業所			住所:
担当者(ヘルパー)			電話: FAX:
担当ケアマネ/ 相談支援専門員			住所: 電話: FAX:
援助をお願い できる 近隣の方など			住所: 電話: FAX:
医療機器業者 (会社・担当者) (使用機種)			住所: 電話: FAX:
その他			住所: 電話: FAX:
			住所: 電話: FAX:
			住所: 電話: FAX:

●医療・避難時の介護者などの情報

お薬手帳・保険証の写しなど貼付

基礎情報	身長		体重		血液型	身体障害者手帳	有(級・種)・無・不明 手帳番号()
	血圧		体温		A・B・O・AB RH(+ -)	介護保険制度	有(要支援 /要介護) 無・不明
	脈拍		SpO2			障害支援区分	
既往歴・他疾患 手術歴						コミュニケーション方法	会話・筆談・文字盤 意思伝達装置・その他 ()
医療処置内容	なし・人工呼吸器・酸素療法・気管切開・吸引・経管栄養・留置カテーテル(尿)・人工肛門・膀胱ろう 皮下埋込型ポート・人工透析・腹膜透析・自己注射薬・点滴・その他()						
主介護者	名前		続柄()				
避難予定場所	①		②				
緊急時移動手段	車(誰の)・福祉車両・福祉タクシー・その他() 誰が()方法は 車いす・ストレッチャー・その他()						
避難行動要支援者登録	有・無・不明			九電への登録		有・無・不明	

●医療状況(使用している場合、詳細を記入)

人工呼吸器	使用頻度	内部バッテリー	外部バッテリー	機種名	アンビューバック	使用練習
	24時間・夜間・その他()	時間	時間		有・無	済・未
	量規定(VCV)		圧規定(PCV)			特記事項
□気管切開で使用(TPPV)	換気モード 1回換気量()ml/分 PS()PEEP()	換気モード IPAP()EPAP()換気圧() PS()PEEP()				
□マスクで使用(NPPV)	呼吸回数()回/分 換気時間または換気流量()	呼吸回数()回/分 換気時間()				
酸素	酸素指示流量	非常時酸素可能時間(備蓄時間) 時間			特記事項	
	安静時 ℓ/分・労作時 ℓ/分	携帯用酸素 リットル × 本				
気管切開	カニューレ製品名	サイズ	カフエア量		特記事項	
吸引	気管内・鼻腔内・口腔内	代替吸引器		使用練習	特記事項	
		無・有 ⇒ 電動・手動		済・未		
栄養	経口・胃ろう・腸ろう・ 経鼻カテーテル	製品名	サイズ	栄養剤製品名	総カロリー	
特記事項						
その他医療処置 特記事項など						
処方薬	★保管配慮が必要な薬など(例:冷蔵保存が必要等)					
自己注射薬・点滴						
電源の確保	無・有 ⇒ 車(ケーブル・コンセント)・発電機・その他() 緊急時充電可能場所()					
その他 (主治医からの意見や 配慮が必要なこと等)						

このシートは、患者さん、ご家族、支援者が、災害時の備え、情報を共有するためのものとして使用します。
支援している支援者も情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

難病患者のための災害時個別支援計画～基本情報シート～ (R5.1月)

計画作成日: 令和 年 月 日 最新更新日: 令和 年 月 日

② 医療機器は使わず、
医薬品や食事などで療養中の方

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		男・女	主病名	受給者番号(難病:)
住所	鹿児島市		電話	自宅: 携帯:
緊急連絡先	続柄 ()		電話:	
	住所:			
家族・親戚 連絡リスト	続柄 ()		電話:	
	住所:			

●関係機関情報(分かる範囲で記入、緊急時にまず連絡するところに★をつけてください)

	名称	★	住所・電話・FAX
専門病院			住所:
主治医			電話: FAX:
かかりつけ病院			住所:
かかりつけ医			電話: FAX:
入院を希望する 病院			住所: 電話: FAX:
レスパイト 入院先			住所: 電話: FAX:
かかりつけ薬局			住所: 電話: FAX:
訪問看護事業所			住所:
担当者			電話: FAX:
訪問介護事業所			住所:
担当者(ヘルパー)			電話: FAX:
担当ケアマネ/ 相談支援専門員			住所: 電話: FAX:
援助をお願い できる 近隣の方など			住所: 電話: FAX:
医療機器業者 (会社・担当者) (使用機種)			住所: 電話: FAX:
その他			住所: 電話: FAX:
			住所: 電話: FAX:
			住所: 電話: FAX:

●医療・避難時の介護者などの情報

医療・避難時の介護者などの情報				お薬手帳・保険証の写しなど貼付			
基礎情報	身長		体重		血液型	身体障害者手帳	有(級・種)・無・不明 手帳番号()
	血圧		体温		A・B・O・AB RH(+ -)	介護保険制度	有(要支援 /要介護 無 ・ 不明)
	脈拍		SpO2			障害支援区分	
既往歴・他疾患 手術歴					コミュニケーション方法	会話・筆談・文字盤 意思伝達装置・その他 ()	
主介護者	名前 () 続柄()						
避難予定場所	① () ② ()						
緊急時移動手段	車(誰の)・福祉車両・福祉タクシー・その他() 誰が()方法は 車いす・ストレッチャー・その他()						
避難行動要支援者登録	有・無・不明			九電への登録		有・無・不明	

●医療状況(使用している場合、詳細を記入)

栄 養	
その他医療処置 特記事項など	
処方薬	★保管配慮が必要な薬など(例:冷蔵保存が必要等)
自己注射薬・点滴	
その他 (主治医からの意見や 配慮が必要なこと等)	

このシートは、患者さん、ご家族、支援者が、災害時の備え、情報を共有するためのものとして使用します。
支援している支援者も情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印