必要時ＦＡＸ（氏名欄は黒塗）　３９８７－４１７８　豊島区災害医療対策本部

保健師・訪問看護ステーション用 在宅人工呼吸器使用者災害時安否確認チェック表

利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認日　　　年　　月　　日　　時　　分

□ 問題あり　□ 問題なし

人工呼吸器

□ □ 作動中（ＡＣ電源・外部バッテリー・内部バッテリー）

□ □ 気管カニューレや呼吸器回路の異常

□ □ 外部電源（外部バッテリーや発電機等）の残時間（　　　　　　　）時間

□ □ 蘇生バッグは使える状況か（蘇生バッグが手元にある、介護者は使用できる

□ □ その他の不安内容

療養者

□ □ バイタルサイン血圧（　/　）、脈拍（　　）、ＳＰＯ２（　　）、体温（　　）

□ □ その他身体状況　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ □ 精神的不安　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

介護者

□ □ 介護の継続　理由

ライフライン

□ □ 電気　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

□ □ ガス　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

□ □ 水道　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

医療機器

□ □ 吸引器　　（充電式吸引器　足踏み式吸引器）

□ □ 酸素　　　（酸素ボンベ　　　　　本）利用可能時間（　　　　 　）時間

□ □ エアマット（停電時の対処　　　　　　　　）

□ □ その他

特記事項

**今後の計画**

**判断**

□ 在宅継続

□ 入院　□ 避難

**安否情報の連絡**

□ 主治医　□ その他

□ ケアマネジャー

（確認者）所属・職種　　　　　　　　　　　　 氏名

東京都神経難病医療ネットワーク事業　東京都医学総合研究所 難病ケア看護研究室　Ｈ26年3月一部改編