

災害ノート

このノートは、医療的ケアが必要な方が持っています。

(資料編) 記入例



お名前 ○○ ○○ 様

住 所：茅ヶ崎市○○-○-○

電話番号：○○○-○○○○-○○○○

避難行動要支援者 登録 ☒ 済 ☐ 未

作成日 ○年○月○○日

更新日 ○年○月○○日

個人情報提供の同意

収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ・平時から災害に備え、本人、家族、関係機関と情報を共有するため。
- ・災害発災時に関係機関が本人、家族の状況を把握するため。

様の災害ノートを持っている関係機関

事業所名・所属	氏名・担当者	電話番号・メール等
訪問看護ステーション〇〇	看護師:〇〇 〇〇	TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
茅ヶ崎市〇〇課	保健師:〇〇 〇〇 ケースワーカー:〇〇 〇〇	TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇放課後等デイサービス	担当:〇〇 〇〇	TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇病院	担当医師:〇〇 〇〇	TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※なお上記関係機関以外（例：搬送先病院など）への情報提供は個人情報保護法第27条第1項第2号「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。」に基づき情報提供をします。

私は、上記の個人情報取り扱い事項について同意します。

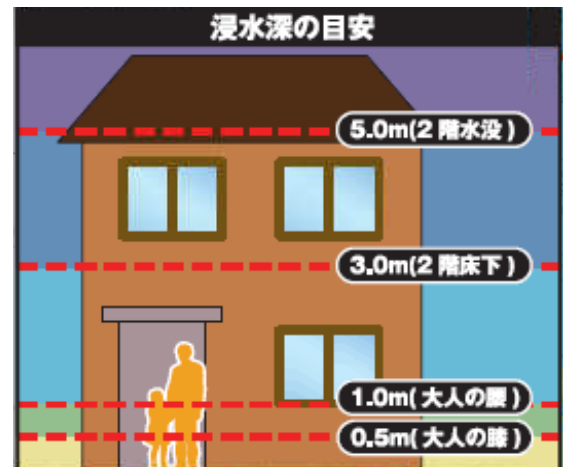
〇年 〇月〇〇日

本人署名（代筆者） 〇〇 〇〇

保護者書名 〇〇 〇〇

自宅付近のハザード情報

ご自宅は次の被害が
想定されています



洪水

浸水想定区域ではないため、心配ありません。

土砂災害

土砂災害警戒区域ではないため心配ありません。

地震

家屋が倒壊する可能性や停電になる可能性があります。

津波

津波の想定はありません。

火事

延焼リスクは少ないです。

災害用備蓄リスト（本人）

品目		備蓄数 (7日分)	持出数 (3日分)	置き場所等
人工呼吸器関連	人工呼吸器	1台	1台	ベッドサイド
	加湿加温器	1台	1台	ベッドサイド
	アンビューバッグ	1個	1個	ベッドサイド
	外部バッテリー	1個	1個	ベッドサイド
	予備呼吸器回路/予備気管カニューレ	2個	1個	玄関
	人工鼻	7個	3個	玄関
	Yカットガーゼ	10枚	5枚	玄関
	カフ圧計/シリンジ	1個	1個	玄関
	パルスオキシメーター	1個	1個	玄関
	蒸留水/精製水	3本	1本	玄関
	酸素ボンベ			
電源等	発電機/蓄電池			
	延長コード	1個	1個	玄関
吸引関連	吸引器（バッテリーあり）	1個	1個	玄関
	吸引器（バッテリーなし）			
	吸引チューブ	30本	10本	玄関
	紙コップ	7個	3個	玄関
	カフマシン	1個	1個	玄関
衛生材料	グローブ	30組	10組	玄関
	アルコール綿	30個	10個	玄関
経管栄養	栄養剤	14食分	6食分	玄関
	栄養ボトル	1セット	1セット	玄関
	接続チューブ	1セット	1セット	玄関
	シリンジ	1本	1本	玄関
	吸い飲み	1個	1個	玄関
口腔ケア	歯ブラシ/スポンジブラシ	7本	3本	玄関
	歯磨き粉/口腔ジェル等	1個	1個	玄関
	ガーグルベースン			
薬	内服薬/頓服薬	7日分	3日分	玄関
	お薬手帳	1冊	1冊	玄関
排泄	オムツ	10枚	5枚	玄関
	尿取りパット	20枚	10枚	玄関
	おしりふき	1個	1個	玄関
	膀胱留置カテーテル	1セット	1セット	玄関
意思伝達	意思伝達装置/文字盤			

【参考】 災害用備蓄リスト（介護者）

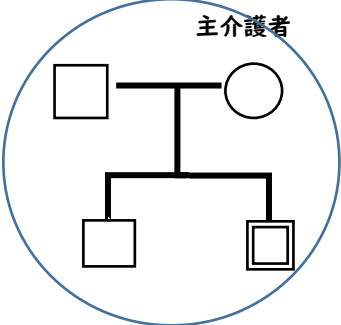
[illegible]

※荷物の重さを考慮して平時から避難の手段を考えておきましょう。

例：人工呼吸器関連（酸素ボンベ除く）：10キロ前後

緊急時の医療情報連絡票

この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療機関に伝えたい情報をまとめたものです。入院等、緊急避難時に役立ちます。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相談して更新してもらいましょう。

(ふりがな) 患者氏名	ちがさき たろう 茅ヶ崎 太郎		性別	男性	生年月日 (西暦)	〇年〇〇月△日	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 茅ヶ崎市〇〇-〇-〇				家族構成		
診断名	〇〇〇〇						
既往歴	〇〇〇〇						
主治医	医療機関名	〇〇病院 (往診)		連絡先 1	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	医師名	〇〇医師		連絡先 2			
	医療機関名	〇〇病院		連絡先 1	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	医師名	〇〇医師		連絡先 2			
現病歴	〇年〇月 出生時より診断。 〇年〇月 胃瘻造設術 〇年〇月 気管切開し、人工呼吸器使用開始。						
基礎情報	身長	150cm	体重	45kg	BMI	20	
	体温	36.0℃	血圧	120/60 mmHg			
	脈拍	80回/分	SpO ₂	98%			
意思伝達 具体的に記載	・瞬きで合図ができる。 (※対象者の好きなこと、呼び名、愛称、苦手なこと、安心する関わり方なども記載する)						

医療処置情報

人工呼吸器	機種名	〇〇〇〇		夜間のみ ・ 一時的 ・ 24時間	
	換気モード			TPPV（気管切開） ・ NPPV（マスク）	
	1回換気量（Vt）	人工呼吸器に関する情報 6ページ参照			
	吸気圧（PC）				
	圧サポート（PS）				
酸素	あり 0.5 L/分 ・ なし		夜間のみ ・ 一時的 ・ 24時間		
気管切開	カニューレ製品名	〇〇〇〇		サイズ	〇〇mm
吸引	気管内 ・ 鼻腔内 ・ 口腔内			サイズ	気管内〇Fre 口鼻腔内〇Fre
栄養・水分	摂取方法	経口 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ 経鼻 ・ その他			
	食事形態	常食 ・ 刻み食 ・ ペースト食 ・ 流動食 ・ その他			
	栄養チューブ製品名	種類	胃瘻バルーンボタン 〇〇Fre 〇cm		
	1日のカロリー	1200 kcal		水分量	〇〇ml
	栄養剤などの製品名	6時、12時、17時（白湯50ml、〇〇〇〇300ml）			
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		膀胱留置カテーテル	あり Fre	なし
移動方法	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		
特記事項	・ 背部に熱がこもりやすいので、送風機能付きマット設置。 ・ 人工呼吸器は1時間/日程度は外せる。				

人工呼吸器に関する情報の貼付欄

写真やコピーなどを貼付

医療情報に関する情報の貼付欄

最新お薬手帳のコピー・処方箋、保険証のコピーなど

写真やコピーなどを貼付

メモ

作成課: 茅ヶ崎市保健所 地域保健課
保健予防課
作成日: 令和6年11月