**停電**

**別紙２**

**様式 3**

**平常時の備え**

**１ 呼吸・吸引関連機器の作動時間**

* 人工呼吸器（本体と外部のバッテリー時間）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　バッテリーには耐用年数があります。作動時間は定期的に確認しましょう。

合　　　計

外部バッテリー作動時間

内部（本体）バッテリー作動時間

　　　　　　　　時間　+　　　　　　時間　×　　　　　個　＝　　　　　時間　　＝　　　　　　　　時間

● 酸素濃縮装置（本体と酸素ボンベの時間）

合　　　計

内部（本体）バッテリー作動時間

1本当たりの酸素ボンベの消費時間

　　　　　　　　時間　+　　　　　　時間　×　　　　　本　＝　　　　　時間　　＝　　　　　　　　時間

* 吸引器

充電機能付吸引器の連続作動時間

　　　　　　　　分　　　　足踏み式吸引器等、電源を用いない吸引器も準備しましょう。

**2　非常用電源**

● 発電機　　 　　　　　 　 A　　　　● 車のシガーソケット・ケーブル　　　　　 　 A

● 蓄電池など 　　　　　 　 A

万が一に備えて使用する機器のアンペア（A）数を調べておきましょう。発電機などは正弦波インバーター搭載かどうか確認し、医療機器との接続について、主治医や医療機器販売業者等と相談しておきましょう。

**3 医療機器の使用アンペア（A）**

● 人工呼吸器 　　　　　 　 A　　● バッテリー ・ バッテリーの充電器など 　　　　　 A

● 吸引器 　　　　　　　　 　 A　　● 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 A

（ほとんどの吸引器は起動時に使用アンペアが大きくなる）

**4　蘇生バッグ**

**□**手の届く定位置に置く　　　**□**定期的に使用訓練を行う

**5　東京電力パワーグリット株式会社への登録　　　□済　□未**

**6 非常用電源設備のある施設**（バッテリーの充電など） **1ページ**

**□**非常用電源設備のある施設の場所の確認

（被災状況等により、充電が難しい場合があります）

**4ページ**

**様式 4**

**緊急時の医療情報連絡票**

**様式 6**

人工呼吸器の設定に関する医師の指示書などの最新情報を一緒に保管しましょう。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。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、作成・更新してもらいましょう。**緊急的な受診の際にはこの様式を見せましょう。**

**体調悪化時の相談先・受診の目安となる状態**

* 相談先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL
* 相談先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL
* 相談先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL

**【受診の目安となる状態】**　　　　※平常時に主治医に確認しましょう

**【 基本情報 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日**

**8ページ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | | | | 年　齢 | 代 | | 性　別 | | □男性　□女性 |
| 住　所 | TEL | | | | | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | |
| 既往や  合併症 |  | | | | | | | | | |
| 今までの経過 | 発　症：　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　｜　人工呼吸器装着：　　　　　　　　年　　　　　　　月 | | | | | | | | | |
| 服用中の薬 | 11ページに処方箋やお薬手帳のコピーなどを貼っておきましょう | | | | | | | | | |
| 基礎情報 | 身長 | cm | 体重 | kg | | | 血圧 | | /  mm hg | |
| 体温 | ℃ | 脈拍 | 回 / 分 | | | SpO2 | | % | |
| コミュニケーション | □ 口話　　　□ 筆談　　　□ 文字盤　　□　口文字　　□ 意思伝達装置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　具体的に記載（Yes / Noのサイン等） | | | | | | | | | |

**【 医療情報 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日**

**9ページ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人工呼吸器 | □ 非侵襲的人工呼吸（NPPV）　　　□ 気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV）  機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  会社名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  換気様式｜　□ 量規定（VCV）　□ 圧規定（PCV）　　　　　　　　換気モード｜（　　　　　　　　　　　　）  □ 1回換気量（　　　　　　）ml / 回　　　　　　　　呼吸回数（　　　　　　）回 / 分  □ IPAP（　　　　　　） EPAP（　　　　　　）　　　　吸気時間（　　　　　　）秒  装着時間｜　□ 24時間　　　□ 夜間のみ　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 酸　素 | □ あり　（　　　　）L / 分　　　　　　　　　　□ なし  使用時間｜　□ 24時間 　□ 夜間のみ 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 気管切開 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　サイズ（ ID / OD 　　　　　　 ）  カフ｜□ 付き　　　□ なし　　　　　　　カフ圧 / エア量（　　　 　　　　　） ml | |
| 吸　引 | □ 気管内　　　□ 鼻腔内　　　□ 口腔内 | |
| 栄養 ・ 水分 | 摂取方法｜□ 経口　　　□ 胃ろう　　　　□ 腸ろう　　　　□ 経鼻　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　）  チューブの種類とサイズ　｜種類（　　　　　　　　　）　　サイズ（　　　　　　　Fr）  経腸栄養剤などの製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  1日の総カロリー（　　　　　　　　　　　　　　　）kcal　　　　1日の水分量（　　　　　　　　　　　　　　　）ml | |
| 排　泄 | □ 自立　　□ オムツ　　□ 膀胱・腎留置カテーテル　（　　　　　 Fr　）　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| その他の  特記事項 |  | |
| 主治医 | 専門医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　~~医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）~~  住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　~~医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）~~  住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**■人工呼吸器に関する情報の貼付欄**

【例】人工呼吸器の設定の指示書のコピー、人工呼吸器の写真など

**10ページ**