

《 災害に備えた在宅人工呼吸器使用患者実態調査票 》

(調査票 QR コード)



【1】【2】 患者氏名	(フリガナ)	【3】 生年月日	【4】 年齢	【5】 性別	男・女
【6】 電話番号		【7】 住所			
【8】 病名※	※「病名」はどのように書いたらよいか主治医や訪問看護師に相談してご記入ください。				

1. 患者の状況

該当する番号に○をつけ、該当項目については()にご記入願います。

【9】	人工呼吸器の状況	1 気管挿管・気管切開下での呼吸療法 (IPPV・TPPV)	2 24時間連続マスクを用いる呼吸療法 (NPPV)
【10】	IPPV・TPPVの場合装着時間	1 24時間 2 夜間のみ 3 その他：装着時間()時間	
【11】	人工呼吸器の定期的なメンテナンス状況	1 受けている 2 受けていない(理由：)	
【12】	医療処置	経管栄養	1 胃ろう 2 経鼻 3 その他
【13】		吸引①挿入部位	1 口腔内のみ 2 鼻腔内 3 気管切開
【14】		吸引②頻度	() 回/日
【15】	医療機器の状況 ※調査日において使用しているもの全てに○を付けて下さい。	1 酸素濃縮器	酸素流量 → () L/分
【16】		2 輸液ポンプ	3 パルスオキシメーター
【16】		5 吸引器	6 吸入器
【16】		8 電動ベッド	9 エアマット
【17】	生活状況	1 単身 2 同居家族あり → 本人以外の同居家族人数：()人	
【18】	主介護者	1 配偶者 2 親 3 子ども 4 その他()	
【19】	居住環境	1 戸建 2 集合住宅の()階、エレベーター (有・無)	
【20】	市町村の避難行動要支援者名簿への登録の有無 (登録対象とされていない場合もあります)	1 有 2 無 3 不明	
【21】	市町村での個別避難計画の作成	1 有 2 無 3 不明	
【22】	利用している主な訪問看護ステーション名		
【23】	利用している主な訪問看護ステーションの電話番号		

2. 災害等の準備状況の確認<災害等：自然災害や、長期停電等の状況>

各項目について「1」または「2」に○をつけて下さい。「2」の場合は、その理由について御入力下さい。

	確認事項	実施状況
【24】	災害時の支援者への連絡方法・手段	1 決めている 2 決めていない(理由：)
【25】	災害時備蓄品の準備 (薬剤・衛生材料・経腸栄養剤・水等7日分)	1 実施済 2 未実施(理由：)
【26】	災害時の避難先・避難経路の確認	1 実施済(□医療機関・□福祉避難所・□自宅・□その他() 医療機関を選択した方 主治医と避難時の受け入れについて相談していますか □はい □いいえ
【28】		2 未実施(理由：)
【29】	移動手段の確保 (車椅子・ストレッチャー等)	1 実施済 2 未実施(理由：)
【30】	移動時の支援者の確保	1 実施済(続柄：)
【31】		2 未実施(理由：)

(裏面に続きます)

3. 医療機器類の確認事項

①各項目について、所持状況1～3に○をつけてください。

②所持状況で「1 持っている」の場合、チェック項目を確認し、実施状況を「1すべて実施済」「2未実施のものがある」のいずれかに○をつけて下さい。2と回答の場合は、その理由について（理由： ）に御入力下さい。

「1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要」いずれかに○

「所持状況」で1を回答した場合のみ記入

	医療機器種類	所持状況	チェック項目	チェック項目の実施状況
[32]～[35]	人工呼吸器 内部バッテリー	1 2 3	<input type="checkbox"/> 電源の切替わりの確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[36]～[39]	人工呼吸器 外部バッテリー	1 2 3	<input type="checkbox"/> 電源の切替わりの確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間 <input type="checkbox"/> 日頃からの充電体制	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[40]～[43]	人工呼吸器 外部バッテリー (予備)	1 2 3	<input type="checkbox"/> 電源の切替わりの確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間 <input type="checkbox"/> 保証期間の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[44]～[46]	蓄電池	1 2 3	<input type="checkbox"/> 日頃からの充電体制 <input type="checkbox"/> 外部バッテリーの充電用とする <input type="checkbox"/> 保証期間の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[47]～[49]	自家発電装置	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認 <input type="checkbox"/> 外部バッテリーの充電用とする	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[50]～[52]	自動車の ジャック	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認 <input type="checkbox"/> 外部バッテリーの充電用とする	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[53]～[55]	V2H 電気自動車 等の充電設備から の給電	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認 <input type="checkbox"/> 外部バッテリーの充電用とする	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[56]～[58]	蘇生バッグ	1 2 3	<input type="checkbox"/> 置き場所の確認 <input type="checkbox"/> 使用方法の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[59]～[62]	酸素ボンベ	1 2 3	<input type="checkbox"/> 接続方法の確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[63]～[66]	充電型 吸引器	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間 <input type="checkbox"/> 日頃からの充電体制	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[67]～[69]	足踏み式等非電 源吸引器	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[70]～[72]	電池型低圧持続 吸引器	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[73]～[76]	輸液ポンプのバッ テリー	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認 <input type="checkbox"/> 最大作動時間()時間	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)
[77]～[79]	電池型 パルス計	1 2 3	<input type="checkbox"/> 使用方法の確認	1 すべて実施済 2 未実施のものがある (理由:)

4. 今後、災害対策で行政に期待すること（複数選択可）【80】～【81】

停電時の非常用電源（外部バッテリー、発電機）の購入費に対する補助 避難先での衛生材料の提供
 停電時等の避難先の確保 大雨や台風等の災害に備えた注意喚起等の情報提供
 個別避難計画（自らの避難が困難な方が作成する避難支援のための計画）の作成支援
 その他（ ）

災害対応に役立てるため、この調査票の内容を住所地の市町村及び保健所並びに県の災害医療コーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）、DMAT（災害派遣医療チーム）へ情報提供することについて【82】～【83】

<p>1 同意する</p> <p>御署名 患者本人氏名： _____</p> <p style="padding-left: 40px;">（代理人氏名： _____）</p> <p style="padding-left: 40px;">（続柄： _____）</p> <p><small>※ 御本人が署名できない場合は御家族等の代理人の方の署名をお願いします。 ※ 情報提供に同意された場合、必要に応じて市町村や保健所から連絡させていただく場合があります。</small></p>	<p>2 同意しない</p>
---	-----------------------

調査に御協力いただき、ありがとうございました。