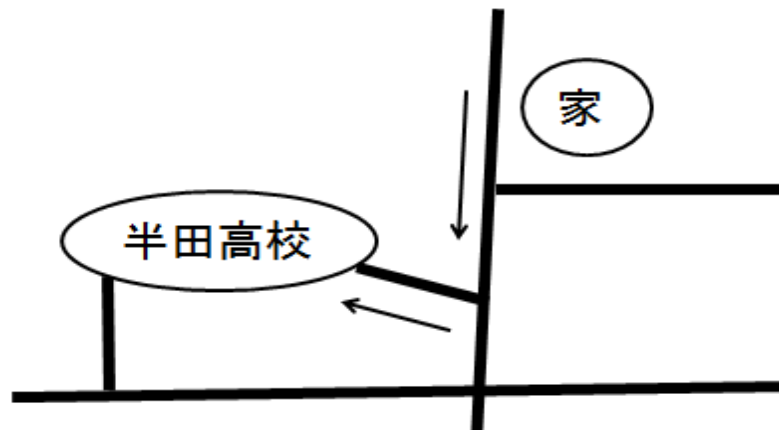


避難所

○施設名

半田高等学校

○避難経路



移動時に注意すること

- ・外出時は玄関ではなくリビングの窓側を利用している。
- ・車椅子移乗時にはネックカラー又は首枕が必要。
- ・人工呼吸器は10分程度離脱可能。

記

入

例

緊急医療手帳

災害時（緊急時）のお願い
すぐに読んでください。

私は、日常的に継続して
医療を受ける必要があります。

私が倒れている場合は、
最寄りの医療機関に運んでください。

記入日

年

月

日

ふりがな

はんだ

たろう

氏名

半田

太郎

基 本 情 報

ふりがな 氏名	はんだ たろう 半田 太郎
生年月日 ・ 年齢	昭和 20 年 1 月 1 日生 (70) 歳
住所	愛知県半田市出口町〇-〇
電話番号	(0569)〇〇-〇〇〇〇

医 療 情 報

病名 ・ 合併症	脊髄小脳変性症
血液型	(A) B ・ O ・ AB 型 (Rh +) -)
アレルギー	(あり) エビ・カニ なし

薬 の 情 報

○内服中の薬剤

- ・セレジスト5mg 1日2回 朝夕
- ・ミドドリン2mg 1日2回 朝夕
- ・酸化マグネシウム0.5g 1日3回 朝昼夕
- ・ヒルトニン1mg筋注
(14日連続使用し、14日休薬を反復)

○禁忌の薬剤

医療機器情報

人工呼吸器		自発呼吸		あり・なし	
機器・機種	PHILIPS トリロジー(100)		カニューレ サイズ(内径)	8, 0 mm	
装着時間	常時・		～		時
バッテリー	内部バッテリー	(6)時間			
	充電済み 外部バッテリー	あり(5)時間・なし			
換気モード	SIMV		1回換気量	500ml	
Fio2	40%		換気回数	15回/分	
トリガー感度	1cmH2O		PEEP圧	5cmH2O	
I/E比	1:2		気道内圧上限	30cmH2O	
酸素	要 不要		酸素投与量	1 L/分	
吸引	口腔内・気管内・鼻腔内				
	吸引チューブサイズ		8 Fr		
	頻度	昼間 6 回/日		夜間 4 回/日	
栄養	種類	ラコール®NF配合経腸用液			
	摂取量	1,600 ml/日		3 回/日	
排泄	排尿	6 回/日		排便	2 回/日
	バルーンカテーテルサイズ			16 Fr	
酸素療法	安静時	吸入量	L/分	装着時間	～
	労作時	吸入量	L/分	ボンベ 保管場所	

身 体 状 況

移 動	自立 〇一部介助 全介助	杖 歩行器 〇車椅子 ストレッチャー	
食 事	自立 一部介助 〇全介助	普通食 軟食 とろみ	ミキサー 〇経管栄養 IVH
排 泄	自立 一部介助 〇全介助	トイレ ポータブルトイレ 〇オムツ	〇留置カテーテル 導尿 尿器・便器
意思伝達	できる・〇できない	文字盤)

特記事項

・胃ろうあり:カンガルー PEG
 交換時期1ヶ月毎 〇〇医師往診

- ・呼吸器回路2週/回交換
- ・気管カニューラ2週/回交換
- ・Baカテーテル2週/回交換
- ・GE60mg3日毎施行

緊急連絡リスト

優先順位	名前	続柄	連絡先
1	半田 花子	妻	(0569)〇〇-〇〇〇〇 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	半田 一郎	息子	(0569)〇〇-〇〇〇〇 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

優先順位	名称	施設名・担当者	連絡先
	かかりつけ医	〇〇〇〇病院 〇〇医師	(0569)〇〇-〇〇〇〇
	専門病院	〇〇〇〇クリニック 〇〇医師	(0569)〇〇-〇〇〇〇
2	訪問看護 ステーション	〇〇訪問看護	(0569)〇〇-〇〇〇〇
	居宅介護 支援事業者	〇〇居宅介護 支援事業所	(0569)〇〇-〇〇〇〇
	ヘルパー ステーション	ヘルパー ステーション〇〇	(0569)〇〇-〇〇〇〇

名称	会社名・担当者	連絡先
人工呼吸器 取扱業者	〇〇株式会社 担当〇〇	(0569)〇〇-〇〇〇〇
在宅酸素 取扱業者	〇〇酸素 株式会社	(0569)〇〇-〇〇〇〇
避難支援等 関係者	〇〇区民生委員 〇〇さん	(0569)〇〇-〇〇〇〇

医 療 情 報

特定医療費支給 受給者証	受給者番号 12345〇
身体障害者手帳	1 種 2 級
介護保険被保険者証	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
健康保険証	種別：国民健康保険 後期高齢者 協会けんぽ 健康保険組合 共済 その他() 保険証番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
その他	・障害福祉サービス 区分6