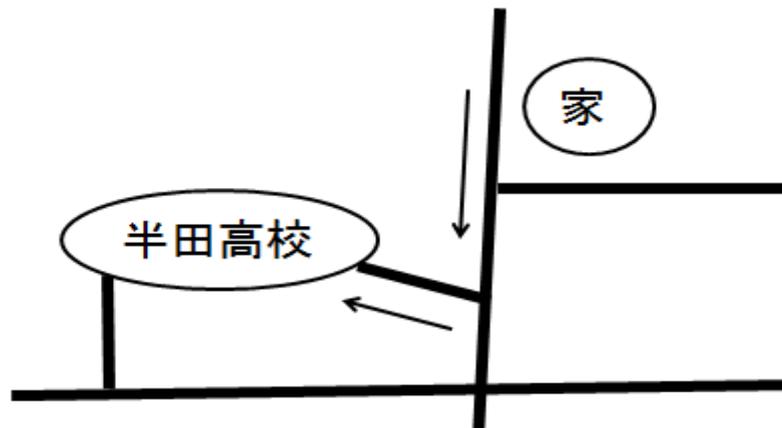


## 避難所

○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<br>氏名      | はんだ たろう<br><b>半田 太郎</b>   |
| 生年月日<br>・<br>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<br>・<br>合併症 | <b>脊髄小脳変性症</b>                  |
| 血液型            | ( A ) B ・ O ・ AB 型 ( Rh + ) - ) |
| アレルギー          | ( あり ) エビ・カニ<br>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<br>トリロジー(100) |               | カニューレ<br>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<br>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<br>保管場所 |       |

# 身 体 状 況

|      |                    |                             |                         |
|------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 移 動  | 自立<br>〇一部介助<br>全介助 | 杖<br>歩行器<br>〇車椅子<br>ストレッチャー |                         |
| 食 事  | 自立<br>一部介助<br>〇全介助 | 普通食<br>軟食<br>とろみ            | ミキサー<br>〇経管栄養<br>IVH    |
| 排 泄  | 自立<br>一部介助<br>〇全介助 | トイレ<br>ポータブルトイレ<br>〇オムツ     | 〇留置カテーテル<br>導尿<br>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<br>090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
|      | 半田 一郎 | 息子 | (0569)〇〇-〇〇〇〇<br>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<br>〇〇医師    | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
|      | 専門病院           | 〇〇〇〇クリニック<br>〇〇医師 | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
| 2    | 訪問看護<br>ステーション | 〇〇訪問看護            | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
|      | 居宅介護<br>支援事業者  | 〇〇居宅介護<br>支援事業所   | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
|      | ヘルパー<br>ステーション | ヘルパー<br>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<br>取扱業者 | 〇〇株式会社<br>担当〇〇  | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
| 在宅酸素<br>取扱業者  | 〇〇酸素<br>株式会社    | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |
| 避難支援等<br>関係者  | 〇〇区民生委員<br>〇〇さん | (0569)〇〇-〇〇〇〇 |

## 医 療 情 報

|                 |   |
|-----------------|---|
| 特定医療費支給<br>受給者証 | 受給者番号<br>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<br>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<br>協会けんぽ 健康保険組合<br>共済 その他( )<br>保険証番号<br>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| その他             | ・障害福祉サービス 区分6   |