



# 医療的ケア児の 災害の備え

- 人工呼吸器
- 気管切開
- 在宅酸素
- 中心静脈栄養
- 経鼻栄養・胃ろう
- 人工肛門
- 導尿・膀胱留置カテーテル
- その他

©fumira

ふりがな

名前

(愛称 : )

生年月日

病名

## ヘルプメッセージ♥

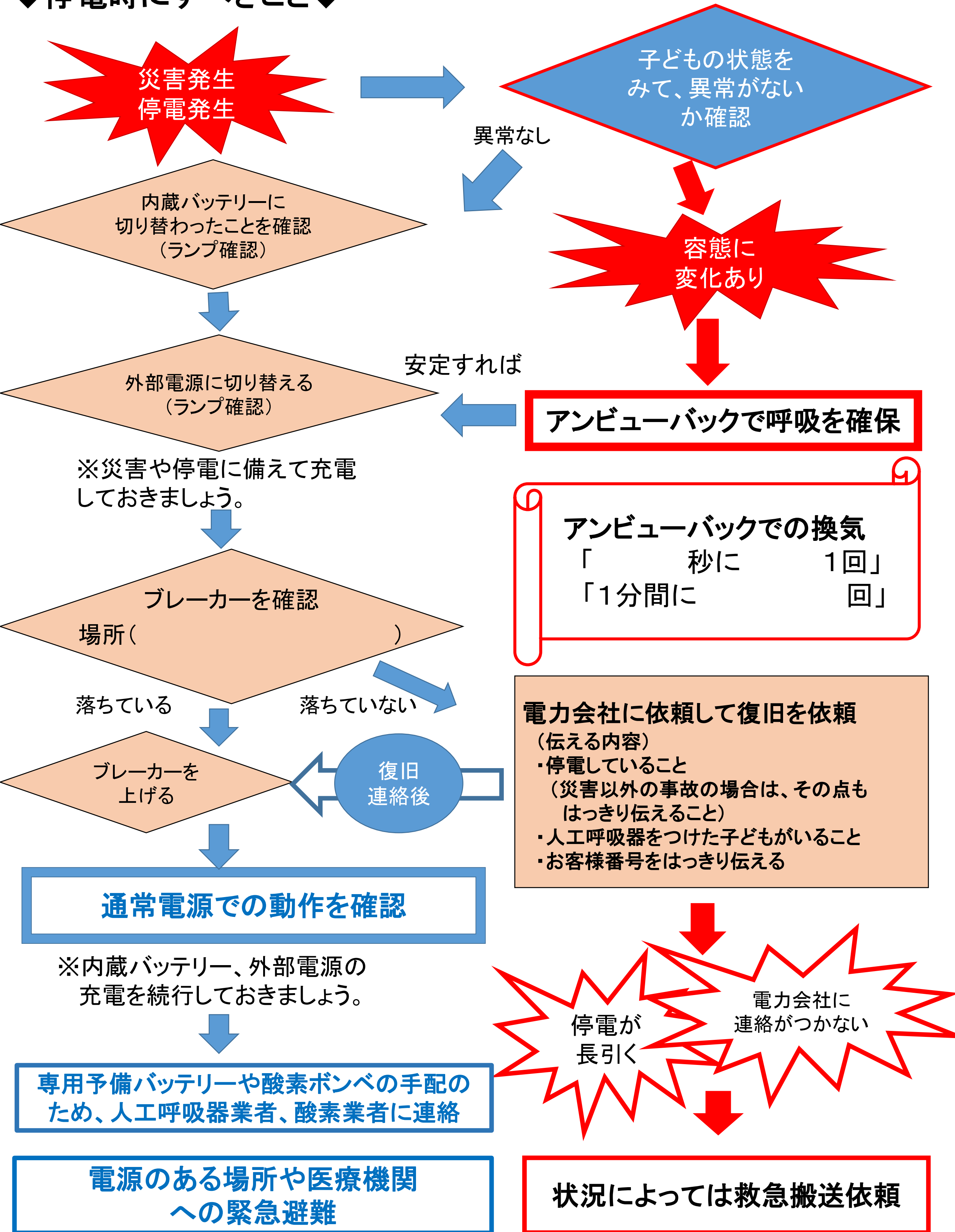
**【この冊子には、必要とする医療ケアや医療物品が記載されています。】**

- ◆この冊子を持っているお子さまがいることを、近くの医療スタッフ、行政スタッフにお伝えください。
- ◆お子さまやご家族が困っている事があれば、できる範囲でお手伝いをお願いします。
- ◆一緒に持っている【お薬手帳】や【物品発注書】なども確認してください。

奈良県福祉医療部医療政策局  
健康推進課 発行  
(2020. 1. 31)

禁無断複製・転載

# ◆停電時にすべきこと◆



# ◆優先連絡先◆ ～災害発生直後の連絡先～

児の呼吸確認などの安全確認のあと、引き続いての避難行動の手助けや、電源確保などのため、**災害発生直後に**、優先して連絡する先の一覧です。

避難場所(電源確保場所) ※事前に受入調整を済ませている場所だけ記載

関係者・機関・事業所	氏名	ふりがな
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	

関西電力	☎ <b>0800-777-3081</b>
お客様番号 (14桁)	

※ 停電時の関西電力への復旧依頼の電話番号になります。

# 人工呼吸器

- 自発呼吸 : あり ・ なし
- 離脱 : 可(約 分) ・ 不可
- 装着時間 : 常時 ・ 夜間のみ ・ 必要時( )

◆設定内容◆ (設定医療機関 : )

機種			連絡先								
				☎							
内蔵バッテリー持続時間 約 ( )時間											
設定日	呼吸器設定内容										
	年	月	日	モード	吸気圧	呼吸回数	PEEP	I/E			備考
設定変更	/										
	/										
	/										

○ 加湿器の機種名 ( )

# 気管切開

○ 気管カニューレの種類(製品名) ( )

サイズ (内径:ID mm )

○ カフ : あり ( エアー ml) ・ なし

○ 喉頭気管分離 : あり ・ なし

# 吸 引

○ 吸引器の機種名 ( )

連絡先 ( )

☎ ( )

※内蔵バッテリー : あり(連続使用で約 分) ・ なし

	口腔内吸引	鼻腔内吸引	気管内吸引
吸引カテーテル サイズ・深さ	( ) Fr ( )cm挿入	( ) Fr ( )cm挿入	( ) Fr ( )cm挿入
吸引回数 (平均)	回/日・時間 (夜間 回)	回/日・時間 (夜間 回)	回/日・時間 (夜間 回)
吸引圧 (kPa cmH <sub>2</sub> O)			

○ 吸引時の手技についての注意事項

( )

## 在宅酸素

- 使用流量（ L/分）
- 常時 ・ 夜間のみ
- その他（）
- 使用方法
- 呼吸器に接続 ・ 人工鼻に接続 ・ 鼻カニューラ
- その他（）
- 酸素濃縮器
- 機種名（）
- 連絡先（）
- ☎（）
- ※内蔵バッテリー：あり（連続使用で約分） ・ なし
- 酸素ポンベ
- あり サイズ（ L）

## 中心静脈栄養

- 滴下速度（ ml/時間）
- ※手動の場合（ 滴/分） ※いつも使用している輸液セットでの滴数です。  
（輸液セットの種類によって滴数は変わります）
- 使用時間：常時 ・ その他（）
- ※内蔵バッテリー：あり（連続使用で約分） ・ なし
- 一日輸液量（ ml）

# 経鼻栄養・胃ろう

・種類： 胃ろう ・ 経鼻栄養

・注入スケジュール

★食材注入している場合など、災害時に注入物の確保ができない場合があります！  
代用となるエネーボやラコールなどの栄養剤の内容を記載しましょう。

開始時間	終了時間	内容・量

・胃チューブ：（ Fr） ・ 固定位置（ cm）

・胃ろう： バルン型（ Fr、固定水 ml） ・ ボタン型

・注入時についての注意事項

[ ]



# ◆基本情報◆ バイタルサインズ

身長	cm				
体重	kg	測定日	年	月	日

心拍数	平常時は	～	/min前後
呼吸数	平常時は	～	/min前後

体温	平常時は	℃～	℃前後
	夏期は	℃～	℃前後
	冬期は	℃～	℃前後

・体温調節 できる 難しい

・注意点

( )

SaO2	平常時は	%～	%程度
------	------	----	-----

・低い時の対応は

その他に注意してほしいこと

# ◆基本情報◆ 日常生活

排便	回数: 回 / 日 方法: 自立 オムツ 浣腸 ストーマ 時間: ( 時、 時、 時、 時) 下剤服用: 有 (毎日 回、 ) ・ 無
排尿	回数: 回 / 日 方法: 自立 オムツ 導尿 バルン留置 時間: ( 時、 時、 時、 時)

オムツ  
サイズ

ストーマ  
製品

食事 (形態)	回 / 日 普通食 ・ きざみ食 ・ パースト状 ・ 注入 ※ ※注入の時の注意 (姿勢、早さなど 注意点)
代用となる 栄養剤	注入食の種類 ( ) ※ ( ml × 回 / 日 )

※食材注入している場合など、災害時に注入物の確保ができない場合があります！代用となるエネボやラコールなどの栄養剤の内容を記載しましょう。

特殊ミルク	品名・メーカー : 特殊ミルクのみの量 ( ml / 日) 特殊ミルクの調乳法 :
食物アレルギー	食物アレルギー : あり ・ なし
エピペン携帯	あり ・ なし

▶災害時の相談窓口情報などを小児アレルギー学会のHP <https://www.jspaci.jp/> で確認できます。

# ◆保険証等一覧◆

更新年月日 年 月 日

関係機関等へは、このページを省いて提供されても結構です。

健康保険証	記号・番号	保険者番号・名称
被用者健康保険証		(又は事業所名)
国民健康保険証		(又は組合名)
公費負担医療	公費負担者番号(8桁)	受給者番号(7桁)
小児慢性特定疾病医療受給者証		
指定難病医療受給者証		
自立支援医療受給者証(育成・更正・精神通院)		
その他	発行自治体名	交付番号・手帳番号
身体障害者手帳		
療育手帳		
障害者手帳		

・災害による被災に伴い、健康保険証や公費負担医療受給証等を紛失あるいは家庭に残したまま避難した場合に備え、**上記の内容を記載**しておきましょう。

・過去の大規模災害での取り扱い  
上記内容を医療機関等に伝えることでスムーズに保険診療及び公費負担の取り扱いが受けられました。

# ◆電源準備等◆ ～停電時の電源確保～

- 災害時の停電に備えて、バッテリーの作動持続時間の確認や、専用予備バッテリー・外部電源を準備しておきましょう。
- バッテリーは常に充電しておきましょう。

使用機器	内蔵バッテリー	専用予備バッテリー
①	あり・なし	あり・なし
	約 時間	約 時間
②	あり・なし	あり・なし
	約 時間	約 時間
③	あり・なし	あり・なし
	約 時間	約 時間
④	あり・なし	あり・なし
	約 時間	約 時間
⑤	あり・なし	あり・なし
	約 時間	約 時間

外部電源	なし	あり		
▶該当種類を○で囲む	①蓄電池	②自動車	③自家発電機	
			1)ガソリン	2)カセットガス
▶作動時間	おおよそ 時間			
▶正弦波であるか	正弦波である	正弦波でない	未確認	
▶事前に作動確認をしたか	確認済み(確認日: ) ・ していない			

# ◆お薬リスト◆

更新年月日

年

月

日

事前にパッケージ(まとめておくこと)、3日分の準備をしましょう。

常用薬	チェック	薬剤名	冷中保存
内服薬 座薬 外用薬	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

	チェック	薬剤名	冷中保存
注射薬	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

# ◆お薬リスト◆

更新年月日

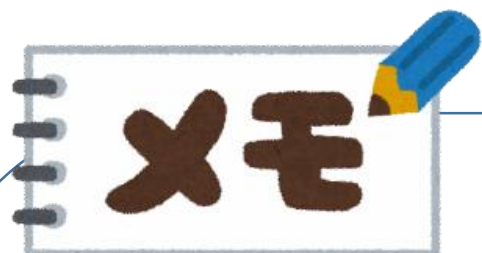
年

月

日

事前にパッケージ(まとめておくこと)、3日分の準備をしましょう。

発作時 などの 頓用	チェック	薬剤名	冷中保存
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
内服薬	<input type="checkbox"/>		
座薬	<input type="checkbox"/>		
外用薬	<input type="checkbox"/>		
・ 注射薬	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		



# ◆必要物品リスト◆

事前にパッケージ(まとめておくこと)、 3日分の準備をしましょう。

物品リスト		チェック欄	
用途	物品	要	確認日
人工呼吸器	滅菌蒸留水		
	アンビューバック		
気管切開	気管カニューレ(予備)		
	Yガーゼ		
	カニューレ固定ひも		
	人工鼻		
	吸引チューブ		
	(以下必要な人)		
	カフ用注射器		
	消毒物品		
在宅酸素	酸素ボンベ		
	酸素接続チューブ		
	濃縮器用の水(水道水可)		
栄養	胃チューブ・胃ろうチューブ		
	固定テープ		
	固定水(水道水可)		
	注入セット		
	イリゲーター		
	胃ろう用コネクター		
	注射器		
	聴診器		

# ◆必要物品リスト◆

事前にパッケージ(まとめておくこと)、 3日分の準備をしましょう。

物品リスト		チェック欄	
用途	物品	要	確認日
導尿	カテーテル: サイズ( Fr)		
	消毒物品		
	挿入ゼリー		
	滅菌手袋		
	廃液バック		
排便	グリセリン浣腸 ( ml)		
	手袋		
	オムツ		
中心静脈栄養	輸液ポンプ		
	輸液ルート		
	注射器		
	固定テープ		
	消毒物品		
その他			