

業務継続計画 (BCP)

災害対策対応編

(介護サービス類型：訪問系)

法人名 : 株式会社 AtsuKingdom

施設・事業所名 : 訪問看護ステーション ラブハート

代表者名 : 宮崎 敦貴

管理者名 : 関口 悠

所在地 : 香川県高松市中間町654-8
電話番号 : 09068824727

作成日 : 2025. 3. 19
改訂日 :

災害対策・災害対応

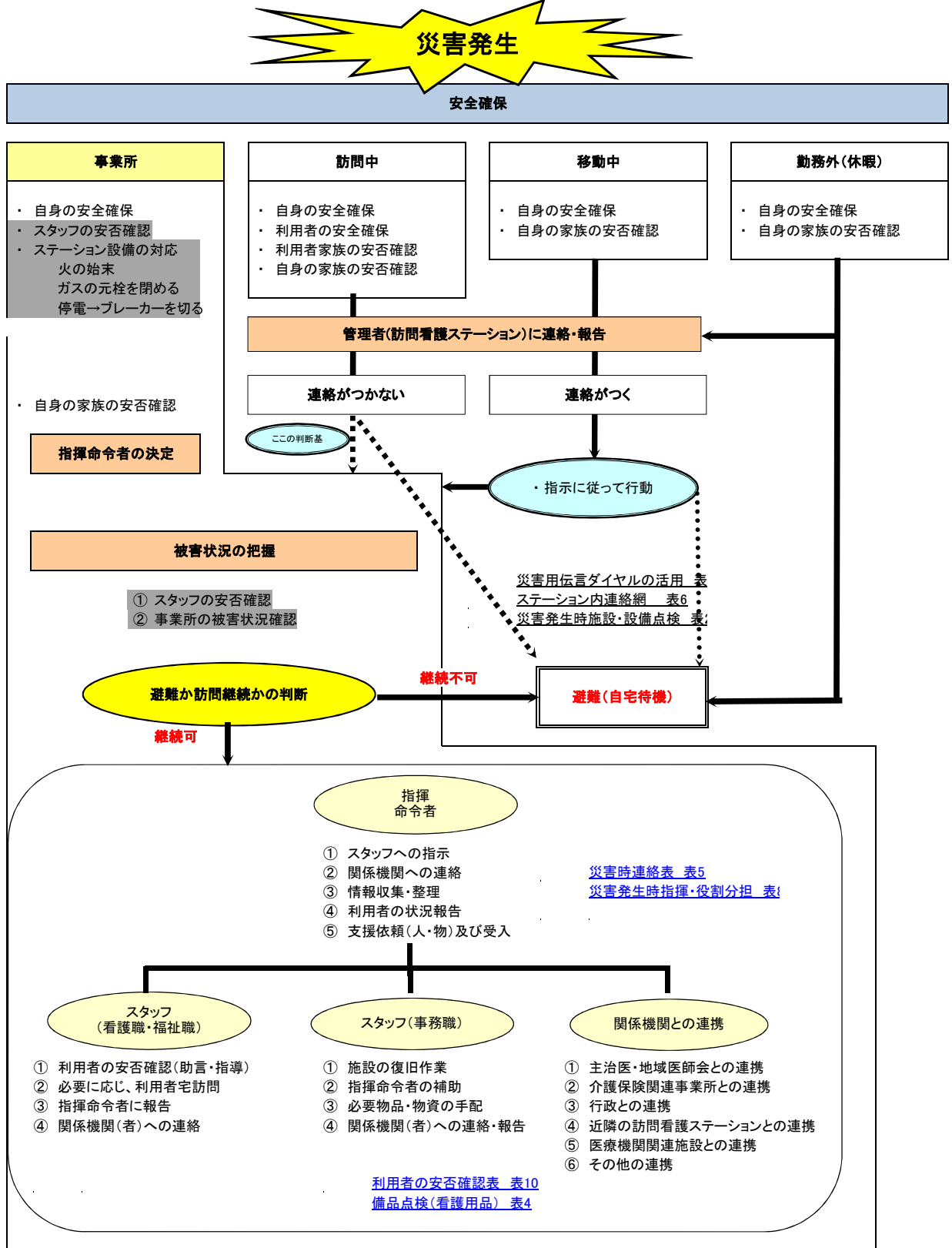
訪問看護ステーションの対策・対応		
●施設・設備の点検(平時・災害発生時)	表1	表2
・施設		
・設備、備品		
・ライフライン		
・通信機器・移動手段		
●備蓄品の点検		
・非常用品	表3	
・看護用品(災害時訪問持参品含む)	表4	
平時訪問かばん内物品		
平時訪問車搭載物品		
●災害時連絡表(関係機関)	表5	
●スタッフ間の連絡・報告		
・ステーション内連絡網	表6	
災害伝言ダイヤル	表7	
●指揮命令系統		
・災害時フローチャート		
・災害発生時指揮・役割分担表	表8	
応援スタッフの依頼内容も検討しておく		
●スタッフへの防災教育・訓練	表9	
・利用者安否確認表	表10	
・利用者連絡先リスト	表11	
●スタッフの安全管理		
・スタッフの障害補償等の有無の確認		
・支援時のスタッフの身分証明書の携帯		

利用者への対策・対応	
●利用者への連絡・訪問	
・利用者安否確認表	表10
・利用者の連絡先リスト作成	表11
・利用者情報(利用者名簿等)の整備	
・利用者宅の地図作成	
利用者宅やスタッフ宅をマッピングした災害マップの作成をしておくと有用である	
・災害伝言ダイヤルの使用法の説明	
●利用者への防災教育・訓練	表12
・利用者用「災害時の緊急連絡先リスト」の作成	
・自宅の防災対策	
・非常持ち出し物品	表13
・セルフケア能力の向上を支援する	
・医療依存度の高い利用者への事前対策・教育をしておく	
特別な医療を受けている方	
・人工呼吸器	表14
・在宅酸素療法	表15
・人工血液透析・腹膜透析	表16
・インスリン療法	表17
・避難場所の確認	
・近隣住民との関わりを大切にする	
・利用者用「災害(緊急)支援手帳」の作成	
災害支援手帳	
人工呼吸器	
在宅酸素療法	
透析	

他機関との連携
●他機関との連携・情報収集
・地域防災計画の確認
・主治医・地域医師会との連携
・行政との連携
・医療機関・介護保険施設などとの連携
・その他の連携
訪問看護連絡協議会
看護協会
訪問看護振興財団
訪問看護事業協会など

災害発生直後フローチャート

※災害発生時には、まず、スタッフと利用者の安全確保、指揮命令者の決定、被害状況の把握を行い、訪問看護が継続できるか判断します。



施設・設備定期点検表

確認日： 年 月 日

設備・備品	ライフライン	通信・情報
☐ 消火設備 消火器・消火用バケツ スプリンクラー	☐ 飲料水 1日1人3リットル	☐ 電話 携帯電話(スマートフォン含)
☐ 警報設備 火災・ガス漏れ・漏電	☐ 生活用水 水のくみ直さ・保水用具(タンク、バケツ、ホース等)	☐ FAX
☐ 避難設備 非常口・防火扉 避難経路の確保	☐ 電気 懐中電灯・電池・ランタン	☐ ラジオ・テレビ 携帯ラジオ・カーラジオ 携帯テレビ
☐ 耐震装置 冷暖房機・ボイラー エレベーター	☐ ガス カセットコンロ カセットボンベ	☐ パソコン アーターバックアップ(毎日) サーバーの 固定
☐ 転倒や落下防止策 物品の固定方法 扉の留め金 収納方法 (重量物の下部 保管)		
☐ 可燃物の取り扱い 消毒薬・カセットボンベ		
☐		
☐		
☐		

移動手段
☐ 車両・バイク 燃料の補充
☐ 自転車 電動自転車(含)バッテリー
☐ 地図 避難所・利用者宅
☐ その他 靴・長靴・リュックサック

※防火設備が正常作動するように定期点検をすること

※災害時にステーションに入れない場合のために、乗り物のスペアキーの保管場所を決めておく

※平時よりガソリンの補充をしておく

※携帯電話の充電器を常備しておく

被災状況確認表

確認日： 年 月 日

ライフライン

電気

- ☐ 停電
- ☐ 照明器具の破損
- ☐ ブレーカー

ガス

- ☐ 漏れ
火気厳禁・換気
- ☐ 元栓閉め
- ☐
- ☐

水道

- ☐ 断水
- ☐ 水道管の破損
- ☐ 濁り
- ☐ 水漏れ
- ☐ 排水
- ☐ 天井漏れ
- ☐ 床漏れ

設備・備品

- ☐ 天井
- ☐ 床
- ☐ 壁
- ☐ 窓ガラス
- ☐ 出入り口
- ☐ 書庫等の備品
- ☐
- ☐

通信・情報

- ☐ 電話
携帯電話(スマートフォン含)
- ☐ FAX
- ☐ ラジオ・テレビ
携帯ラジオ・カーラジオ
携帯テレビ
- ☐ パソコン
インターネット通信・サーバー
データバックアップ

移動手段

- ☐ 道路情報・利用者情報
- ☐ 車両・バイク
- ☐ 自転車
電動自転車(含)バッテリー
- ☐ 公共交通機関
- ☐ 地図
- ☐ その他
靴・長靴・リュックサック

※点検時は漏電や倒壊に注意すること

備蓄品(非常用品)

確認日： 年 月 日

設備・備品

- ☐ 非常食(3日分)
- ☐ 飲料水(3日分)
- ☐ 調味料(塩等)
- ☐ 段ボール・新聞紙
- ☐
- ☐

照明・燃料

- ☐ 大型懐中電灯
- ☐ ランタン
- ☐ 乾電池(各種)
- ☐ ライター・マッチ・ろうそく
- ☐
- ☐

通信・情報

- ☐ 住宅地図
- ☐ 携帯ラジオ
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

生活用品

- ☐ ヘルメット
- ☐ 軍手・ゴム手袋
- ☐ マスク
- ☐ 雨具
- ☐ ポリ袋
- ☐ 洗濯バサミ
- ☐ ロープ
- ☐ 使い捨てカイロ
- ☐ 上着・下着
- ☐ 毛布
- ☐ 寝袋
- ☐ タオル
- ☐

医療・衛生用品

- ☐ 三角巾
- ☐ ガーゼ
- ☐ 包帯
- ☐ ハサミ
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

※備蓄品については、有効期限や使用期限の確認をすること

備蓄品点検(看護用品)

確認日： 年 月 日

設備・備品	医療・衛生用品	生活用品
☐ 非常食(乾パンなど)	☐ ガーゼ(滅菌・未滅菌)	☐ 紙おむつ
☐ 飲料水	☐ 絆創膏・カットバン	☐ 生理用品
☐ 栄養補助剤	☐ 包帯	☐ マスク
☐ 調味料(塩等)	☐ 三角巾	☐ タオル
☐ 高カロリー食品	☐ 綿棒	☐ ペーパータオル
☐ 電解質補助食	☐ 綿花・アルコール綿花	☐ ウエットティッシュ
☐	☐ 消毒薬・アルコール	☐ ティッシュ
	☐ 褥瘡被覆材	☐ 使い捨てカイロ
	☐ ゴム手袋	☐ トイレットペーパー
	☐ ハサミ	☐ 毛布
	☐ 浣腸液	☐ サランラップ
	☐ 蒸留水・精製水	☐ 割り箸
	☐ ワセリン	☐ ヘルメット
	☐ 湿布薬	☐ 新聞紙
	☐ うがい薬	☐ 笛
	☐ 生理食塩水	☐ ペットボトル(空)
	☐ ピンセット	☐ ドライシャンプー
	☐ シリンジ	☐ 清拭剤
	☐ 点滴セット・採血用品	☐ 石けん
	☐	☐ バケツ

※必要な医薬品等の支給は行政に依頼する

※災害発生時の訪問持参品については上記よりピックアップして準備しておく(下線参照)

※必要品は訪問車にも乗せておく

※災害発生時の移動手段として自転車などの乗り物を準備・確保しておく

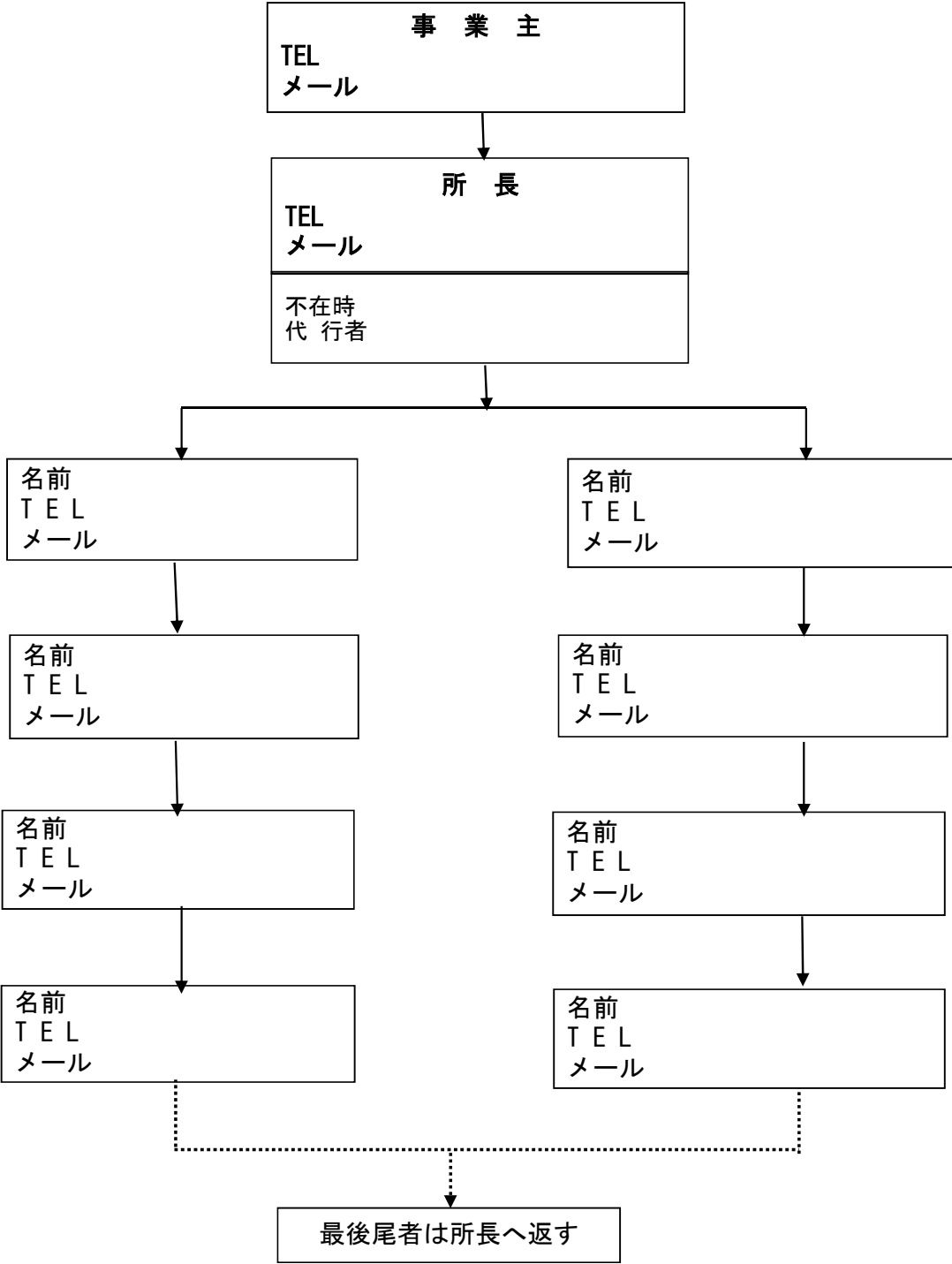
災害時連絡表

確認日： 年 月 日

連絡先	電話番号	備考
消防署・救急車	119	
警察署	110	
災害伝言ダイヤル	171	
市町村役場		
災害拠点病院		
地域医師会		
保健所		
ガス会社		
電力会社		
水道局		
電話局		
地域包括支援センター		
居宅介護支援事業所		
近隣訪問看護ステーション		
医療機器会社		

※利用者用緊急時連絡表作成の際は、家族や親類等の連絡先を追加する。

ステーション内連絡網



※緊急時にも対応できるように、定期的に連絡訓練を行う
※マップを作成し利用者・SFの自宅を明示することも有用
※徒歩や自転車などで通勤が可能なスタッフを把握しておく
※スタッフ間で安否をステーションに伝える取り決めをしておく

災害用伝言ダイヤル【171】

震度6弱以上の地震発生時、及び地震・噴火等の発生により、被災地へ向かう安否確認のための通話等が増加し、被災地へ向けての通話がつながりにくい状況になった場合NTTがサービスを開始する。

災害用伝言ダイヤルの伝言登録、再生の利用可能な電話は、一般電話、公衆電話INSネット64・1500、メンバーズネット（オフネット通信利用時のみ）災害時にNTTが避難場所などに設置する特設公衆電話から利用できる。

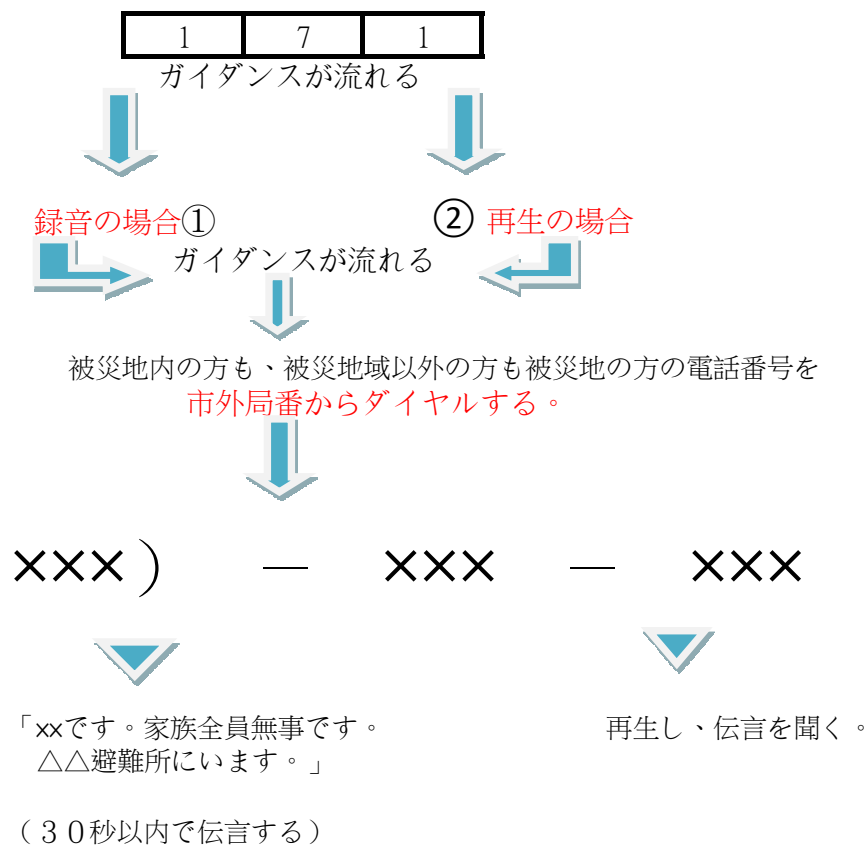
また、携帯電話・PHSからも利用できる。

※一部の携帯電話・PHSからは利用できない場合があります。

詳しくはNTTまで。

災害用伝言ダイヤル「171」

家庭間で連絡がとれない場合にNTTの災害用伝言ダイヤル「171」を利用し、伝言を録音し、ご家族、知人間などの連絡にご利用ください。



災害発生時指揮・役割分担表

担当者

業務内容

事業主

- ・情報収集・指揮命令
- ・関係機関への報告および情報開示

報告
連絡
相談



指揮

所長
(代行者)

指示・ヘルプの安全確認

- ・事業所の被害状況の確認
- ・利用者の安否確認
- ・かかりつけ医・ケアマネジャー・近隣ステーション及び他機関との連携
- ・情報収集・情報整理・開示

報告
連絡
相談



指示

スタッフ氏名

- ・利用者の安否確認および報告
- ・利用者宅の被害状況
- ・かかりつけ医・ケアマネジャー・近隣ステーション及び他機関との連携
- ・情報収集・情報共有
- ・道路や連携病院の被害状況の確認
- ・備蓄品(看護用品・非常用品)の利用

注意事項

- ・身分証明書を携帯する
- ・管理者の指示に従い、役割分担し、行動する
- ・周辺環境の安全情報を得てから行動する
- ・連絡・報告は密に行う
- ・災害直後はヘルメットを装着し厚底の靴を履く

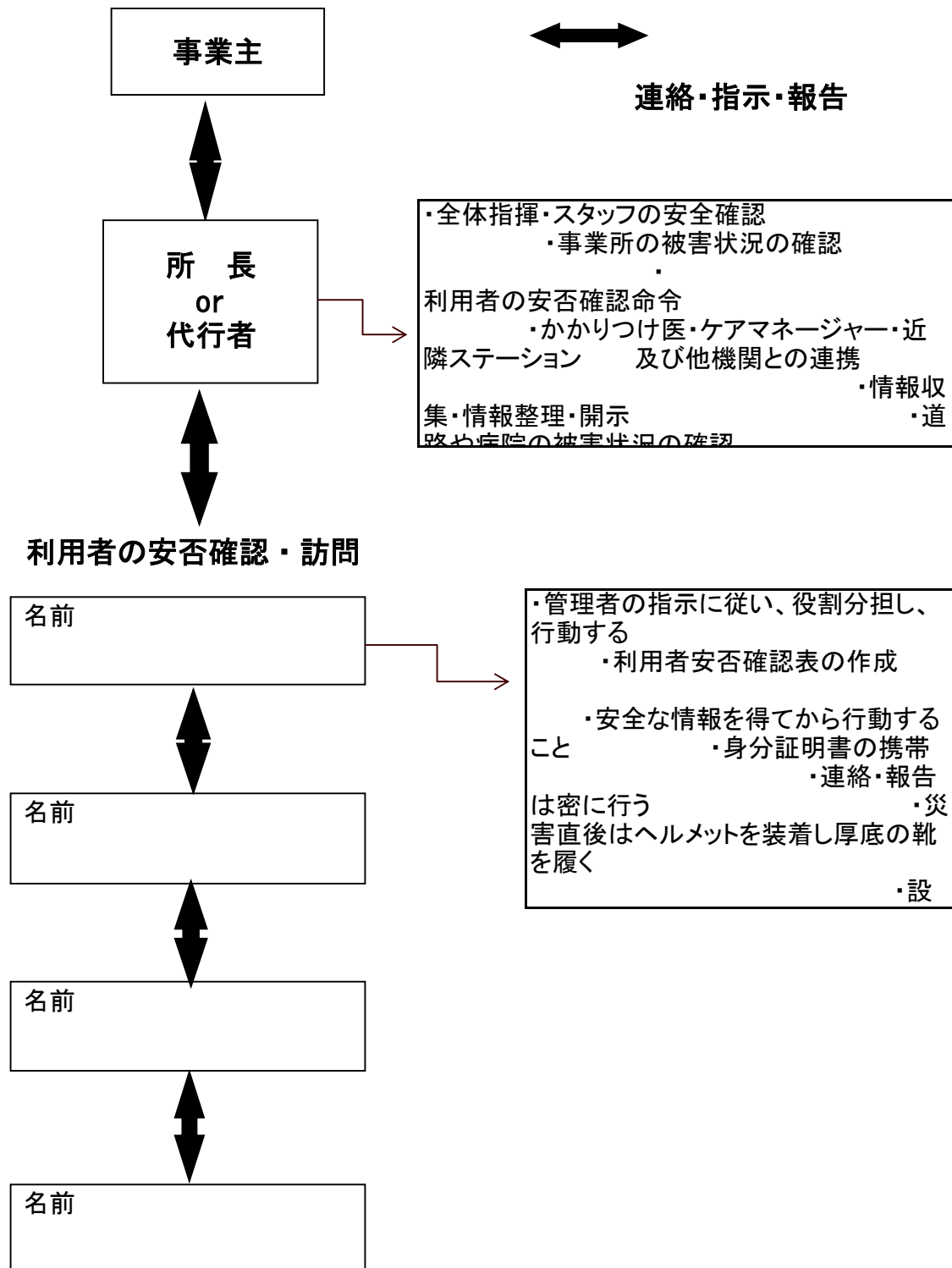
※ 災害時において、情報が正確に伝達されるよう指揮系統を決めておく。ただし、指揮命令者が活動不能の場合を考え、代行の指揮命令者を決めておく

※ 災害発生時における看護師各自の行動を記載したアクションカードの作成も有効である。

表8

--

災害発生時指揮・役割分担表



※災害時において、情報が正確に伝達されるよう指揮系統を決めておく。ただし、指揮命令者が活動不能の場合を考え、代行の指揮命令者を決めておく。

※災害発生時における看護師各自の行動を記載したアクションカードの作成も有効である。

スタッフへの防災教育・訓練

確認日： 年 月 日

情報収集・発信訓練

- ☐ 利用者の安否確認
- ☐ スタッフの安否確認
- ☐ 外部との連絡方法の確認
- ☐ 通信機器の確認

防火訓練

- ☐ 消火訓練
- ☐ 防火設備の点検

備蓄用品の確認

- ☐ 非常用品の点検
- ☐ 訪問看護用品の点検

避難訓練

- ☐ 避難経路
- ☐ 避難方法
- ☐ 連絡先
- ☐ 連絡方法

設備・機器の点検

- ☐ 転倒落下防止策
- ☐ ライフラインの点検

利用者へのケア提供

- ☐ ライフライン途絶時のケア提供
- ☐ 訪問時持参品の確認

外部機関との連携

- ☐ 連携内容の確認
- ☐ 連絡方法の確認

※毎年1回は確認すること

※災害体験や救命体験は「徳島県防災センター」「徳島県南部防災館」で実施可能

※避難時にはメモを貼り付けるなど居場所を知らせる取り決めをしておく

利用者安否確認表

優先度	氏名	安否確認		避難場所	備考	優先度	氏名	安否確認		避難場所	備考
		確認日	状況					確認日	状況		

※利用者の連絡先は3件以上を確認しておく(利用者連絡先リスト・支援手帳に記載項目あり)
※安否確認表の内容は更新する
※利用者の重症度、緊急度の高い状態が一目で把握できるように優先度をつけておく
また、被災状況や処置の必要性などから検討し、訪問すべき優先度の高い人から訪問する
※データ—のバックアップの整備や紙に打ち出して保管することも有効
※利用者宅及び地域の非難所を分かりやすく示した地域全域の地図を作成し活用する
※個人情報の取り扱いは慎重に行う

表10)利用者安否確認表

表11

利用者連絡先リスト

名前	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん
住所				
生年月日				
傷病名				
血液型・感染症				
アレルギー・禁忌薬				
特別なケア				
特別な医療 (人工呼吸器等)				
緊急連絡先(自宅・携帯)				
家族・親戚等①				
家族・親戚等②				
家族・親戚等③				
訪問看護担当者				
主治医				
ケアマネジャー				
避難場所				
他のサービスの利用状況				

※災害時には利用者が避難所や親戚宅に避難することがあるため、被災していない遠方の親戚等の連絡先も確認しておく

利用者への防災教育

確認日： 年 月 日

家屋・居住環境	地震発生時	避難
☐ 家具・機器の固定 ☐ ベッドの利用(高床) ☐ 窓ガラス飛散防止 (フィルムの貼用・カーテン) ☐ 崖崩れ ☐ 浸水 ☐ 津波 ☐ 液状化現象 ☐ 家屋倒壊(耐震診断)	☐ 身を守る 机やベッドの下に身を隠し 寝ているときは布団や枕で頭を守る ☐ 火災防止 ガスを止め、元栓閉める 消火器の置き場 ☐ 停電 電気器具をコンセントから抜く 避難時はブレーカーを切る	☐ 避難口の整理 ☐ 地域の避難場所 あれば福祉避難所も ☐ 靴の準備 ☐ 非常持出品の置場所 ☐ 避難訓練
セルフケア	協力体制	その他
☐ 器具管理 緊急時の対処方法 入院入所施設 予備の医療材料 ☐ 電源確保 ☐ 緊急支援手帳作成 ☐ 緊急連絡先	☐ 近隣住民との関わり 民生委員や町内会 ☐ 介護者の確保 家族・親類・ヘルパー等 ☐ 地域での避難訓練 や 防災体験	☐ NTT災害伝言ダイヤルの使用方法 ☐ スダチくんメールの登録 ☐ 水分確保(3日分) 1人1日3リットル 3日で9リットル ☐ 非常持ち出し物品 ☐ 生活用品 給水用ポリタンク、カセットコンロ、ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、ラップ、紙皿、紙コップ、割り箸、ドライシャンプー、ビニール袋、ロープ、長靴

※毎年1回は確認すること

※備蓄品は災害時に取りに行けるよう、倉庫や車のトランクなどに分けて備蓄しておくことと便利である

※災害体験や救命体験は「徳島県防災センター」「徳島県南部防災館」で実施可能

非常持ち出し物品

確認日： 年 月 日

貴重品類	避難用具	生活用具
☐ 現金10円玉 (公衆電話用) ☐ 貯金通帳 ☐ 印鑑 ☐ 免許証	☐ 懐中電灯・ラタン ☐ 携帯電話 スマートフォン ☐ 携帯ラジオ ☐ 予備の乾電池 ☐ ヘルメット・防空ずきん ☐ 笛	☐ 厚手の手袋 ☐ オムツ・ティッシュ ☐ 缶切り ☐ ライター・マッチ ☐ ナイフ ☐ 携帯用トイレ ☐ 携帯用カイロ
通帳、カード、健康保険証、運転免許証、特定疾患医療受給者証などは、コピーを用意する	懐中電灯はできれば1人に1つ用意を 避難時は靴を履く	赤ちゃんや高齢者、障害者がいる場合は考慮する
救急用具	非常食品	衣料品
☐ 救急箱 (絆創膏・消毒薬等) ☐ 常用薬 処方箋のコピー ☐ 胃腸薬・便秘薬 頓用薬	☐ 乾パン ☐ 缶詰 ☐ 栄養補助食品 ☐ あめ・チョコレート ☐ 飲料水	☐ 下着・靴下 ☐ 長袖・長ズボン ☐ 防寒用ジャケット ☐ 雨具 ☐ 毛布 ☐ タオル
ビタミン剤など日ごろ使っているサプリメントなどもあると良い	最低3日分は用意すること そのままで食べられるものが便利	衣類は動きやすいものを セーターなどの防寒具も寒い季節には役立つ

※非常持ち出し袋に入れ、玄関など持ち出しやすい場所に置いておく

※非常持ち出し袋は、リュックなど背負えるものを準備する

特別な医療を受けている方 (人工呼吸器を使用している方)

確認日： 年 月 日

日頃からの備え

医療機器・医療用品	停電対策	人的資源
☐ 呼吸器回路 ☐ アンビューバック ☐ 吸引器 (充電式・手動式・シリンジ) ☐ 加湿器(人工鼻) ☐ 医療器具 カテーテル・精製水 ゴム手袋・衛生材料	☐ 発電機・バッテリー準備 ☐ 呼吸ケアの協力体制 人手の確保 ☐ 医療機器業者 連絡方法の確認 ☐ ☐ ☐	☐ 避難のために 人手の確保 ☐ 要援護者の登録 ☐ コミュニケーション 文字版の練習と援助者の確保 ☐ 停電時の対応の周知 (連絡体制・機器扱い)

災害発生時の対応

医療機器・医療用品	人的資源
☐ 身体状態の確認 ☐ 呼吸器作動の確認 供給ルート of 破損の確認 呼吸器が故障の場合アンビューバックによる人工呼吸を実施し 近隣者に呼びかけ病院に搬送する ☐ 人工鼻・吸引器・加湿を必要時使用 ☐ 消防署・医療機関・訪問看護ステーション等に連絡 ☐	

※人工呼吸器の内蔵バッテリーの有無と持続時間、作動の確認を定期的を実施すること

※人工呼吸器の外部バッテリーの準備と事前の充電

※発電機は基本呼吸器には使用不可、周辺機器やバッテリーの充電用に。メンテナンスや作動確認を。

特別な医療を受けている方 (在宅酸素療法をし

年 月 日

日頃からの備え

医療機器・医療用品	停電対策	人的資源
☐ 予備物品の確保 酸素ボンベ(予備を1本用意)、延長チューブ、蒸留水、カニューレ、乾電池等の予備		
☐ 予備物品は、見つけやすい場所に保管		
☐ 携帯用酸素ポンベの確認 ・すぐ使用できるように準備し、切り替えの訓練しておく ・普段から火気に注意し、災害時には火気を切り、携帯用酸素への切り替えがすぐに行えるように訓練しておく ・現在の流量で何時間使用できるか携帯酸素ポンベの使用可能時間を把握する ・パニックになると酸素使用量が増えるので、できるだけ落ち着いて腹式呼吸を行って行動する訓練しておく ・普段から、本人・家族だけでなく他の家族、親戚等が在宅酸素療法に熟練しておく ・業者の連絡先を目立つ場所に掲示し、「災害支援手帳」等にも記載しておく		

災害発生時の対応

医療機器・医療用品	人的資源
☐ 利用者の身体状態の確認 低酸素状態の確認(呼吸・意識など)	
☐ 機器作動の確認 酸素供給器が使用できないときは、携帯用酸素ポンベへ切り替える	
☐ 利用者の身体の安全を確保 近隣支援者に協力を依頼し、可能な限り避難所へ避難	
☐ 提供機器業者や医療機関、訪問看護ステーションへ至急連絡	

特別な医療を受けている方 (人工血液透析・腹膜

年 月 日

日頃からの備え

医療機器・医療用品	停電対策	人的資源
☐ 自己の透析内容、内服薬等について理解し「災害支援手帳」への記載と携帯		
☐ 現在通院中の透析施設が透析不能になった場合に備え、自宅に近い他の透析施設の把握		
☐ 家族で災害時の対応について話し合っておく		
☐ 通院している透析施設に自宅で被災した場合の避難場所と連絡方法を伝えておく		
☐ 透析中や透析を受けていないときに災害を受けたときの対応について施設に確認しておく		
☐ 緊急時持ち出し品の点検、置き場所の確認		

災害発生時の対応

医療機器・医療用品	人的資源
☐ 避難所への非常持ち出し品と「災害支援手帳」を携帯して避難する	
☐ 透析施設の情報収集を行う	
・現在通院中の透析施設が透析不能の場合は、災害支援手帳を持参して他の透析施設で実施	
☐ 避難所に避難した場合、通院可能な交通手段について相談する	
☐ 通常の透析が可能になるまで水分、カリウム等の摂取に気をつけ生活する	
☐	
☐	

特別な医療を受けている方 (インスリン注射をして

年 月 日

日頃からの備え

医療機器・医療用品	停電対策	人的資源
☐ 医療用品の備蓄(1週間程度) 注射器・注射針・インスリン製剤 物品(血糖測定器・消毒綿・穿刺針・使用済み針入れ等)など		
☐ 糖尿病手帳や災害支援手帳に管理内容を記載し携帯する		
☐ 低血糖に備え、糖分補給の準備をする		
☐ 高血糖と低血糖症状、対処方法を覚えておく		
☐		

災害発生時の対応

医療機器・医療用品	人的資源
☐ 注射器・インスリン製剤・物品の確保	
☐ 非常食の摂取が続く場合高・低血糖に注意する	
☐ 低血糖に備え、糖分補給の確保をする	
☐ 健康管理(水分補給・手足の運動・足を守る等)	
☐ 避難所の医療スタッフや避難所の責任者に糖尿病であることを伝える	
☐	
☐	
☐	

緊急時の連絡先 関係 関係機関名 連絡先 かかりつけ医 訪問看護ST 介護支援専門員 居宅介護支援事業所 家族の連絡先 避難場所	緊急支援手帳 災害時（緊急時）のお願い 私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。 この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい
氏名 性別 生年月日 住所 電話番号(携帯) 病名 要介護度 認知機能 血液型 コミュニケーションの方法 移動の方法 視力 聴力	使用している薬剤・用量・服薬上の注意 （お薬手帳と常備薬はすぐに持ち出せる場所に置く） 中断できない薬 その他の薬 禁忌薬剤 アレルギー

緊急時の連絡先 関係 関係機関名 連絡先 かかりつけ医 訪問看護ST 介護支援専門員 居宅介護支援事業所 家族の連絡先 避難場所	緊急支援手帳 (人工呼吸器) 災害時(緊急時)のお願い 私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。 この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい
氏名 性別 生年月日 住所 電話番号(携帯) 病名・薬 要介護度 認知機能 禁忌薬剤 アレルギー 血液型 コミュニケーションの方法 移動の方法 視力 聴力	人工呼吸器 気管切開 呼吸モード 1回換気量 呼吸回数 アラーム設定 酸素濃度 カニューレサイズ 器具名 メーカー名 業者連絡先

緊急時の連絡先 関係 関係機関名 連絡先 かかりつけ医 訪問看護ST 介護支援専門員 居宅介護支援事業所 家族の連絡先 避難場所	緊急支援手帳 (酸素療法) 災害時(緊急時)のお願い 私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。 この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい
氏名 性別 生年月日 住所 電話番号(携帯) 病名・薬 要介護度 認知機能 禁忌薬剤 アレルギー 血液型 コミュニケーションの方法 移動の方法 視力 聴力	酸素療法 安静時又は就寝時 吸入量 吸入時間 労作時 吸入量 吸入時間 器具名 メーカー名 業者連絡先

緊急時の連絡先 関係 関係機関名 連絡先 かかりつけ医 訪問看護ST 介護支援専門員 居宅介護支援事業所 家族の連絡先 避難場所 ④	災害支援手帳 (透析) 災害時(緊急時)のお願い 私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。 この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい ①
② 氏名 性別 生年月日 住所 電話番号(携帯) 病名・薬 要介護度 認知機能 禁忌薬剤 アレルギー 血液型 コミュニケーションの方法 移動の方法 視力 聴力	透析条件 ③ ③を逆さまに貼り付け 透析方法 ②を逆さまに貼り付け 透析回数 透析時間 ダイアライザー 血液流量 血液型 体重(ドライウェイト) 平常時血圧 原疾患 合併症 肝炎 HBs抗原 HBe抗原 HBc抗体 HCV抗体 器具名 メーカー名 業者連絡先

緊急時の連絡先 関係 関係機関名 連絡先 かかりつけ医 訪問看護ST 介護支援専門員 居宅介護支援事業所 家族の連絡先 避難場所	災害支援手帳 (透析) 災害時(緊急時)のお願い 私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。 この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい
氏名 性別 生年月日 住所 電話番号(携帯) 病名・薬 要介護度 認知機能 禁忌薬剤 アレルギー 血液型 コミュニケーションの方法 移動の方法 視力 聴力	透析条件 透析方法 透析回数 透析時間 ダイアライザー 血液流量 血液型 体重(ドライウェイト) 平常時血圧 原疾患 合併症 肝炎 HBs抗原 HBc抗原 HBc抗体 HCV抗体 器具名 メーカー名 業者連絡先