**在宅人工呼吸器使用者**

**災害時個別支援計画作成後の定期的見直しチェック表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 見直し日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| チェック項目 | | |  |  | 具体的内容 |
| １．作成時からの変更事項 | | | 変更  あり | 変更  なし |  |
| ◈療養者や支援機関の住所・電話番号等連絡先 　◈避難場所、移動手段 　◈体調悪化時の相談先、受診の目安 　◈安否の確認者、確認方法、連絡方法 　◈医療状況（人工呼吸器機種・設定、服薬、酸素、 　　カニューレなど） 　◈その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  |
| ２．物品 | | | あり | なし |  |
| ◈不足はないか 　◈消費期限に余裕はあるか 　◈新たに必要な物品はないか | | |  |  |  |
| ３．訓練等の実施状況 | | できる | できない | 持っていない |  |
| ◈停電時のシミュレーション 　◈外部バッテリーの繋ぎ方（使用期間　　年） 　◈足踏み式吸引器 　◈蘇生バックの使用 　◈発電機の使用 　◈シガーライターケーブルの使用 　◈懐中電灯 　◈災害用伝言板、災害用伝言ダイヤルの練習 　◈移動の訓練 　◈その他（　　　　　　　　　　　） | |  |  |  |  |
| ４．個別支援計画の課題とその対応策 | | | | | |
| 前回からの課題　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ 　　　　対応状況　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ 　　　新たな課題　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ 　　　　　対応策　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | |
| ５．療養者や家族の心配・不安など | | | | | |
|  | | | | | |

＜確認欄＞【見直し実施者】　令和　年　月　日　所属　　　　　　　氏名

　　　　　【行政担当者】 令和　年　月　日　所属　　　　　　　氏名