**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