

災害支援手帳

災害支援手帳

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ください。

ふりがな
氏名 _____

とくしま難病支援ネットワーク

(写真)	ふりがな	
	氏名	男・女
	生年月日 明大昭平 年 月 日生	
自宅電話	- -	
住所	(〒 -)	
疾患名	医療受給者証番号 公 受	
主な症状		
医療保険証 記号・番号	(国保 健保 船保 共済 後高齢 他)	
介護保険証 番号	(要支援 要介護 1 2 3 4 5)	
障害者手帳番号		
血液型	A B O AB [RH+ RH-]	

かかりつけ医			かかりつけ薬局			
① かかりつけ医	病院名		① 薬局名			
	住所			住所		
	電話番号			電話番号		
	主治医		② 薬局名			
② かかりつけ医	病院名		住所			
	住所		電話番号			
	電話番号		③ 薬局名			
	主治医		住所			
③ かかりつけ医	病院名		電話番号			
	住所		医療機器メーカー【人工呼吸器】			
	電話番号		会社名			
	主治医		電話番号			
④ かかりつけ医	病院名		医療機器メーカー【在宅酸素】			
	住所		会社名			
	電話番号		電話番号			
	主治医		最寄りの電力会社			
			電話番号			

服用している薬剤・用量・服用上の注意	
命にかかわる薬	
カルテ番号	
常用薬名	用量・用法
禁忌薬剤 アレルギー	
平成 年 月 日	
医師名	④

必要な医療処置	
【人工呼吸器】	気管切開（有 無）
1回の換気量	
呼吸モード	
呼吸回数	
酸素濃度	
カニューレ・カテーテルの種類・サイズ	
【酸素療法】	
安静時または就寝時	
吸入量	ℓ/分
吸入時間	時間/日
労作時	
吸入量	ℓ/分
吸入時間	時間/日
【医学的ケアに必要な器具】	
器具名	
メーカー名	
業者連絡先	

透析条件			
透析方法	血液透析・CAPD・その他（ ）		
透析回数	週 回	透析曜日	
透析時間	時間 分	透析時間帯	昼・夜 その他
ダイアライザー	[ろ過面積]		
血液流量	ml/分		
透析中の食事	有・無・その他（ ）		
血液型	型	体重 (ドライウェイト)	kg
平常時血圧	/ mmHg	身長	cm
原疾患	慢性腎炎 糖尿病性腎症 その他（ ）		
合併症			
肝 炎	HBs抗原(+ -) HCV抗体(+ -) HBe抗原(+ -) HBc抗体(+ -)		

自立度		
項目	自立度	参考事項
移 動	自 立	
	一部介助	
	全面介助	
食 事	自 立	
	一部介助	
	全面介助	
排 泄	自 立	
	一部介助	
	全面介助	
意思疎通	自 立	
	一部介助	
	全面介助	
服薬管理	自 立	
	一部介助	
	全面介助	
【特記事項】		

緊急時の連絡先		
氏名	続柄	電話番号など
	家族	
	家族	
	親類	
	親類	
	近隣者	
	民生委員	
	自主防災関係者	
	市町村防災担当	
	訪問介護	
	介護支援専門員	
	居宅サービス事業所	
	ヘルプステーション	
	保健所	
	予定避難所	

搬送時の留意点	
項目	留意点
呼吸	問題なし 人工呼吸器 酸素療法
移動	自力のできる 介助歩行 できない
コミュニケーション	音声・言語(口頭で) 筆談 文字盤 その他
必要とする補装具	
その他留意点 (希望事項)	

とくしま難病支援ネットワーク

私たちの会(とくしま難病支援ネットワーク)は、原因や治療法が見つからない様々な病気で苦しんでいる患者・家族と支援者で構成されている患者団体です。病気の枠を越えて、みんなで助けあって生きていく社会を目指します。

とくしま難病支援ネットワーク事務局
〒771-1232
徳島県板野郡藍住町富吉字穂実35-9
TEL・FAX 088-692-0016

加盟団体

- あすなる会(重症筋無力症患者・家族の会)
- With SUN(クローン病患者交流会)
- 徳島多発性硬化症友の会
- 日本ALS協会 徳島県支部
- 日本網膜色素変性症協会(JRPS) 徳島支部
- (社)日本リウマチ友の会 徳島支部
- 徳島肝炎の会
- 徳島潰瘍性大腸炎友の会
- 山茶花の会(再生不良性貧血症の患者と家族の会)
- 膠原病友の会「ひまわりの会」
- 徳島1型糖尿病の会
- SCDトークしましろう会
(脊髄小脳変性症と多系統萎縮症の家族の会)

協力支援団体

■ 徳島県
徳島市万代町1丁目1番地
TEL 088-621-2500

■ (社)徳島県医師会
徳島市幸町3丁目61番地
TEL 088-622-0264

■ (社)徳島県薬剤師会
徳島市中洲町1丁目58番地
TEL 088-655-1100

製作・発行 とくしま難病支援ネットワーク
独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業

災害支援手帳の記入について

災害支援手帳は、難病患者が災害に見舞われたときに、安心して避難生活を送ることができるところを目的に平成20年9月「とくしま難病支援ネットワーク」により作成されました。

【記入上の注意】

- 1 災害支援手帳には個人情報が入りますので、十分注意をして各自の責任で保管や携帯所持してください。
- 2 医療情報の記入については主治医や薬剤師をはじめ各医療関係者とよく話し合い、協力を得てください。
- 3 支援を受ける時に必要があると思われることや、主治医の指示がある事項はできるだけ詳しく記入してください。
- 4 記入する文字や数字はわかりやすく（楷書で）正確に記入してください。
- 5 記入にはボールペン（耐水性のインク）が望ましい。鉛筆や水性インクは避けてください。

【記入について】

氏名	楷書で正確に書き、ふりがなを振りましょう。
写真	正面顔がはっきりしたものを貼ってください（カラー又は白黒）。災害時は、本人を確認するために写真が必要です。
自宅電話	自宅の電話番号又は確実に連絡が取れる電話番号を記入しましょう。
疾患名	複数ある場合は①、②と分けて記入してください。
医療受給者証番号	公＝公費負担番号 受＝受給者番号 を記入してください。 無い方は“無し”と記入してください。
主な症状	疾患特有の症状や患者本人の主な症状を記入してください。
医療保険証番号	該当する保険証を○で囲み 記号・番号を記入してください。
介護保険証番号	介護保険証の無い方は“無し”と記入しましょう。
障害者手帳番号	種類と等級を記入してください（複数の障害者手帳のある方は①、②と分けて記入してください）。 障害者手帳の無い方は“無し”と記入しましょう。
かかりつけ医	病院名は正式な名称を記入しましょう。 複数の診療を受けている場合や他の診療科があれば記入してください。 電話番号は病院、もしくは主治医の携帯番号を記入しましょう。 主治医名には「診療科名」を添えて記入しておきましょう。
かかりつけ薬局	“〇〇調剤薬局〇〇店”とか“〇〇病院内薬局”のように記入。
医療機器メーカー	メーカー名と緊急時に連絡がとれる電話番号を記入してください。
電力会社	災害時や停電時に、連絡がとれる電話番号を記入してください。 ※電力会社へは、事前に事情説明し協力をお願いしておきましょう。
服用している薬剤 必要な医療措置 透析条件	必ず、主治医・かかりつけ医療機関の関係者に記入をお願いしてください。
医学的ケアに必要な器具	複数ある場合は①、②と分けて記入してください。 器具の製品名や、型番号を正確に記入してください。 業者連絡先は、緊急時に必ず連絡がつくところを記入してください。
自立度	移動、食事、排泄、意思疎通、服薬管理、各項目の自立度を○で囲む。 「参考事項」には、必要な事柄や注意点などを記入してください。 「特記事項」には、患者の要望等を記入してください。
搬送時の留意点	呼吸、移動、コミュニケーション、項目ごとに該当するものを○で囲んでください。 必要とする補装具を記入してください。 その他留意点（希望事項）があれば、具体的に記入してください。
緊急時の連絡先	できるだけ多くの連絡先を記入しましょう（氏名欄には担当者、部署等を記入）。 全てを記入する必要はありません。常日頃、支援を受けている方がいる場合は記入しておきましょう。

- ※難病患者自身が災害時の備えをし、本人の防災意識を高めましょう。
- ※災害時の支援者の養成や連携作り、地域防災訓練等に積極的に関わるようにしましょう。
- ※患者自身があらためて療養状況を把握し支援者にも説明できるようにしましょう。
- ※難病患者は、自らがたくさんの支援者をつくるように心がけましょう。

【問い合わせ先「とくしま難病支援ネットワーク」事務局 088-692-0016】