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　　年　　月　　日）

チェック項目	変更なし	変更あり	具体的内容
1．作成時からの変更事項			
● 療養者や支援機関の住所・電話番号	□	□	
● 避難場所、把握集約機関、入院を調整する機関	□	□	
● 安否確認者	□	□	
● 医療状況（人工呼吸器機種・設定、服薬、酸素、カニューレなど）	□	□	
● 他　（　　）	□	□	
2．物品			
● 不足はないか	□	□	
● 消費期限	□	□	
● 新たに必要な物品	□	□	
3．訓練等の実施状況	**できる**	**できない**	
● 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	□	□	
● 蘇生バッグの使用	□	□	
● 発電機の使用	□	□	
● シガーライターケーブルの使用	□	□	
● 懐中電灯の使用	□	□	
● ラジオの使用	□	□	
● 災害用伝言板、災害用伝言ダイヤルの練習	□	□	
● 移動の訓練	□	□	
● 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

見直し担当者（　　）