（第８号様式）

**「在宅人工呼吸器使用者災害時個別支援計画」作成事業業務報告書兼評価書**

事業所名

管理者名

以下の対象者に関する実施結果を報告・評価します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな対象者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 計画作成日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　曜日） |
| 計画作成参加者 |  |

該当する箇所にチェック☑してください。カッコ内は詳細や理由をご記入下さい。

|  |
| --- |
| 確認期間　　　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| ＜様式１＞について | 評　価 |
| ①安否の連絡方法 | □問題なし | □問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜様式２＞について | 評　価 |
| ①必要品目・個数②消費期限③使用状態 | □揃っている□問題なし□問題なし | □不足あり（　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜様式３＞について | 評　価 |
| どちらかに○ | 家族の機械対応能力 |
| ①外部バッテリーの充電②外部バッテリーの作動確認③酸素ボンベへの切り替え④充電式吸引器⑤足踏み式吸引器 | 有　・　無実施・未実施有　・　無有　・　無有　・　無 | □問題なし□問題なし□問題なし□問題なし□問題なし | □問題あり（　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　） |
| ⑥発電機⑦蓄電池⑧車のシガーライターケーブル | 有　・　無有　・　無有　・　無 | □使用可能□使用可能□使用可能 | □使用不可（　　　　　　　　　　　）□使用不可（　　　　　　　　　　　）□使用不可（　　　　　　　　　　　）□発電機または蓄電池の購入が必要 |
| ⑨人工呼吸器異常時の対応手順⑩蘇生バック使用の実践⑪電動ベットの緊急手動操作 | □問題なし□問題なし□問題なし | □問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 評　価 |
| ①避難時の持ち出しセット②患者の周囲の転倒物・落下物③移送の手段④外出の機会⑤近隣の支援者 | □準備済□問題なし□問題なし□有□有 | □不足あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし（理由等　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし |

（第８号様式）

裏面

今後の課題について

　　（対象者側、関係機関、行政について等自由記載）