

～災害時の備え～

令和7年度 印旛保健所 地域保健課作成

災害時には電気・水道や物流などが途絶え、通信手段・交通機関が不通となり、極めて厳しい状況が長期間続くことも予測されます。

もしもの時のために、連絡先や避難方法とその注意点、在宅医療で必要な備品などご家族や関係者と具体的な相談をしておきましょう。

事前の情報収集

- お住まいの市役所・町役場や地区における災害への取組み等を確認し、自治会等による防災訓練には積極的に参加しましょう。
- おひとりや、家族のみでの避難が難しい場合は市町の『避難行動要支援者名簿』に登録しましょう。（市役所・町役場にご相談ください。）
- ハザードマップは災害の危険箇所・区域とともに、避難所や病院など災害時の拠点となる施設や役所などの関係機関の位置をひとつにまとめたものです。お住まいの地区の状況をあらかじめ確認しておきましょう。

家の中の災害対策

- 家具の固定や物の落下防止 ガラスなどの飛散防止（フィルムを貼る等）
- 人工呼吸器・酸素ボンベ・吸引器の転倒を防ぐため、キャスター台をベルト・ワイヤー等で固定する

災害時の連絡方法・家族の安否確認・災害時情報

- 災害時の連絡方法や避難場所などを家族等と話し合っておくと安心です。
- NTT災害用伝言ダイヤル「171」
※ガイダンスに従って、伝言の録音・再生を行ってください。
- 携帯電話会社による災害用伝言板サービスもあります。
※携帯各社によって利用方法が違いますので、事前に確認しておきましょう。
- 市町の防災メールの登録をしておきましょう。



災害時の持ち出し用備え

7日分を目安に準備しましょう。

- <日用品の災害用備え> ご家族の分も合わせて準備しましょう。
- 飲料水 食料 携帯ラジオ 懐中電灯・予備電池 衣類
 - 軍手・タオル・マスク ポリ袋・ティッシュペーパー 現金

- <医療品の災害用備え> すぐに持ち出せるよう、まとめておきましょう。

- 内服薬等 ※持病の薬や頓服薬 等
- お薬手帳や内服薬等（治療薬）の一覧表
- 保険証（資格情報のお知らせ・資格確認証等）及び受給者証の写し等
- その他、ご自身の体調や症状に応じて必要なものを備えておきましょう



例) 医療機器のバッテリー・発電機や蓄電池・人工鼻・経管栄養の栄養剤・杖・コルセット・眼鏡・消毒薬・ガーゼ・絆創膏・紙おむつなど

避難場所の確認

- 避難方法や避難先を家族や避難協力者と話し合っておきましょう。

あなたの避難所は

→ ()

緊急時の連絡先の確認

- かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーなどの災害時の優先連絡先を日頃から確認しておきましょう。
裏面のあんしん準備メモに記載しておきましょう。
- 民生委員や町内会、隣近所の方と普段から交流し、災害時に手助けをしてもらえるようにしておきましょう。

あんしん準備メモ

お体のこと

★基本情報

ふりがな			生年月日	S H R 年 月 日
氏名			年齢	歳 (R 年 月 日時点)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし	電話番号	— —	

★病気やお体に関する情報

病名 (難病・小児慢性)			受給者 No.	
その他の 主な治療中の病気				
禁忌薬品	◆使ってはいけない薬を記載	アレルギー	◆薬や食品等のアレルギーを記載	
介護度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護 ()	
障害者手帳	身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> () 級	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> () 級
	療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()		
主な日常生活動作	◆搬送方法 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 介助で歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 ◆移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり全介助 ◆食事 <input type="checkbox"/> 経口摂取自立 <input type="checkbox"/> 経口摂取要介助 <input type="checkbox"/> その他 ◆排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
在宅医療の状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(気管切開・マスク式) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(流量 ℥/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工心臓 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析療法(血液透析・腹膜透析) <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 ()			

お薬手帳等飲んでいるお薬の内容が分かるものと一緒にしておきましょう。

緊急連絡先

★ご家族等の緊急連絡先

	氏名 (続柄)	電話番号	備考
連絡 優先順位①	()	— —	
連絡 優先順位②	()	— —	

★支援者の連絡先(ケアマネ等)

	氏名 (担当者)	電話番号	備考
連絡 優先順位①	()	— —	
連絡 優先順位②	()	— —	

★医療機関に関する情報(主治医等)

	医療機関名	電話番号	診療科/ 担当医氏名
連絡 優先順位①		— —	
連絡 優先順位②		— —	

《緊急時や災害時に、支援を受ける際に伝えたいこと、お願いしたいことなど、ご自由にお書きください。》

★情報に変更があった場合には、その都度書き換えましょう。