

※ 宮城県・宮城県神経難病医療連携センター（現 東北大学病院難病医療連携センター）作成「災害時対応ハンドブック 2014 年版」を一部改編し作成しています。

## 災害時個別計画

（氏名： 青森 太郎）

作成日： 2021 年 6 月 15 日

次回見直し時期： 2022 年 6 月頃

1. 自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）
2. 緊急連絡用カード
3. 家族構成
4. 緊急連絡先一覧
5. 備蓄チェックリスト（医療機器・療養必需品）
6. 普段の様子
7. 週間予定
8. いざという時の動き（連絡方法・避難先・避難の手順）
9. 今後必要な備えについて
10. 個別計画作成の経過

※ F A X 送信票：東北電力用／消防署本部用  
災害伝言ダイヤルの利用方法

- ◇ 災害は、いつどんな時におこるかわかりません。大規模災害時には、膨大な災害者の発生、電気・水道・ガス・交通網などのラインが寸断されるなどで、即座に公的な支援を受けることが難しくなります。
- ◇ 災害状況や県下全域での停電等により、県外の医療機関等で支援を受ける場合も想定されますので、必要な情報は漏れなく、記入してください。
- ◇ 災害時個別計画は、万が一の場合はすぐに確認し、避難の際には携帯できるようにすることが必要です。
- ◇ 療養状況や支援機関に変化があった時には、その都度修正し、常に最新の情報を記載してください。また、本人と支援者間で内容を確認し、少なくとも年1回は見直してください。

〇〇市町村

# 1. 自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）

＝自宅は次の被害が想定されています＝

自宅住所： \_\_\_\_\_（居室：2階建の1階、エレベータの有無）

地震	〇〇年◇月 震度5強 電気2日間停電、水道断水、都市ガス〇〇日間使用困難 今後も、同様の地震、被害が予想される
津波	〇〇年◇月 災害時、自宅においては心配なし
土砂災害	裏の山が土砂災害警戒区域に指定されている。 近年、集中豪雨が頻発しており、土砂災害の危険性が高まっている。
洪水 (河川等の氾濫)	□□年△月、集中豪雨 近所の河川の水位が上昇し、氾濫の可能性があった。
大雨による 浸水 (下水道で雨水を処理できなくなり浸水すること)	□□年△月、集中豪雨 自宅前の水田が水没、自宅も床下浸水の被害を受けた。
台風	◎◎年▽月、台風××号 4時間の停電があった。
その他	過去に裏山で火災があり、自宅への延焼が心配だった。 原因不明で突然の停電があった。

【参考：〇〇市町村ホームページ ハザードマップ等（各種災害の危険予測地図）】  
<http://www.〇〇〇>

☆ 災害時の避難情報等とるべき行動

警戒レベル	避難を呼びかけるために使う名称	居住者等がとるべき行動	発表・発令元
1	早期注意情報	今後、気象状況悪化のおそれ→災害の心構えを高める 防災気象情報等の最新情報に注意するなど災害への心構えを高めてください。	気象庁
2	大雨・洪水・高潮注意報	気象状況悪化→自らの避難行動を確認 ハザードマップ等により自宅等の災害リスク、指定緊急避難場所や避難経路、避難のタイミング等を再確認するとともに、避難情報の把握手段を再確認・注意するなど、避難に備え自らの避難行動を確認してください。	気象庁
3	高齢者等避難 ※高齢者等は避難を完了させるのに時間を要する在宅等の高齢者及び障害のある人、及びその人の避難を支援する者	災害のおそれあり→危険な場所から高齢者等は避難 高齢者等は、危険な場所から避難（立退き避難又は屋内安全確保）してください。 高齢者等以外の人にも必要に応じ、出勤等の外出を控えるなど普段の行動を見合わせ始めたり、避難の準備をしたり、早めの避難が望ましい場所の居住者等は、このタイミングで自主的に避難するようにしてください。	市町村長
4	避難指示 ※ <u>全員避難開始</u>	災害のおそれが高い→危険な場所から全員避難 危険な場所から全員避難（立退き避難又は屋内安全確保）してください。	市町村長
<b>警戒レベル4までに必ず避難してください。</b>			
5	<u>緊急安全確保</u>	災害発生又は切迫→命の危険、直ちに安全確保 すでに安全な避難ができず、命が危険な状況です。警戒レベル5 緊急安全確保の発令を待ってはいけません。	市町村長

※ 市町村が災害の状況を確実に把握できるものではない等の理由から、警戒レベル5 は必ず発令される情報ではありません。

☆ 津波は警報がでたら全員避難（警戒レベルは発表されません）

☆ 自宅周辺の地図を貼り付け、避難経路、危険な場所や避難場所等を記載しましょう。

※自宅周辺の地図を貼り付け、避難経路、危険な場所や避難場所等を記載。

## 2. 緊急連絡用カード

氏名	青森 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日 生		
住所	〒 - 〇〇市〇〇丁目〇-〇		
連絡先	自宅： - - 携帯： - - (〇〇の携帯 *普段連絡がとれる連絡先)		
血液型	A ・ B ・ <input checked="" type="radio"/> O ・ AB (Rh: + <input checked="" type="radio"/> -)		
病名	〇〇〇〇〇	発病	〇年〇月
	合併症：	呼吸器装着	〇年〇月
障害者手帳	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり 身体 ( <input type="radio"/> 級)、精神 ( <input type="radio"/> 級)、療育(愛護) ( <input type="radio"/> )		
介護保険	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり (要支援 ・ 要介護 )	指定難病 医療受給者証	なし ・ あり
薬	薬剤名	1日量	服薬回数
	〇〇80mg	1回2錠	3回
	〇〇	1回1錠	1回
	服薬時間		
服薬時間			
寝る前			
禁忌薬：〇〇			
アレルギー	〇〇		
使用中の 医療機器	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器 製品名：〇〇</li> <li>・吸引器 製品名：〇〇</li> <li>・ネブライザー 製品名：〇〇</li> </ul>		
呼吸	1回換気量 500ml	呼吸回数	15 回
	酸素濃度	離脱 可 ( <input type="radio"/> 分)	・ <input checked="" type="radio"/> 不可
	気管カニューレ 製品名：〇〇	サイズ 12mm	
酸素療法	安静時：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
栄養	摂取方法： <input checked="" type="radio"/> 胃ろう ・ 経鼻経管 ・ その他 ( <input type="radio"/> ) 種類・量： 〇〇ml/回 〇回/日		
尿道 カテーテル	種類：	/サイズ：	/固定水： /交換日：
コミュニ ケーション	会話 ・ 筆談 ・ <input checked="" type="radio"/> 文字盤 ・ 意思伝達装置		
ADL 身体の拘縮 禁忌な体位	ADL全介助 拘縮はなし		
特記事項	体温調整が難しい		

### 3. 家族構成

氏名	続柄	同居 別居	電話番号	勤務先・学校名	自宅にいない 時間帯	連絡 順位
青森 太郎	本人					
青森 一郎	父	同居	- -	〇〇会社 (会社の連絡先)	平日 9時~18時	2
青森 花子	母	同居	- -			1
青森 次郎	弟	同居	- -	〇〇学校 (学校の連絡先)	平日 8時~19時	3

#### 4. 緊急連絡先一覧

区分	機関名	担当者氏名	電話	e-mail
かかりつけ医①	〇〇病院	〇〇科 〇〇先生	- -	
かかりつけ医②	〇〇クリニック	〇〇先生	- -	
専門医	〇〇病院 〇〇〇科	〇〇先生	- -	
緊急受入	〇〇病院 〇〇	〇〇さん	- -	
薬局	調剤薬局〇〇店		- -	
訪問看護	〇〇訪問看護ステーション	〇〇さん	- -	
障害者相談 支援事業所	〇〇相談支援事業所	〇〇相談支援 専門員	- -	
介護保険ケア マネジャー				
居宅介護	〇〇ケアステーション	〇〇さん	- -	
訪問入浴	〇〇〇	〇〇さん	- -	
医療機器業者	〇〇機器	〇〇さん	- -	
医療機器業者	〇〇医療機器	〇〇さん	- -	
知人・友人	お隣	〇〇さん	- -	
親戚	叔父	〇〇さん	- -	
行政	〇〇市町村〇〇課	〇〇さん	- -	
その他	災害伝言ダイヤル		171	
	東北電力コールセンター お客様番号 ( )		0120-175-366	
	〇〇水道課		- ■ -	

## 5. 備蓄チェックリスト（医療機器）

		必要 物品	準備 済	医療機器	自宅待機 備蓄量	持ち出し分	保管場所
人工呼吸器（機種名）：○○○							
人工呼吸器 関連		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内部バッテリー 内部バッテリー作動時間：（ 8 ）時間 消費電力：（ 40 ）W	1 階収納室に各 1 個ずつ外出セッ トの中にまとめて保管		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	呼吸器回路（予備）			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	気管カニューレ（予備）			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	人工鼻			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	パルスオキシメーター（SPO <sub>2</sub> ）			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	バッグバルブマスク（アンビューバック）	1	1	ベッドサイドの棚
	非常用電源	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	外部バッテリー 使用可能時間：（ 4 ）時間 充電時間：（ 3 ）分	1	1	外出セット
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	カーインバーター			玄関と車内
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	延長コード 20m（車から居室まで 10m）			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	発電機（種類：カセットボンベタイプ）			玄関
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	燃料（種類：カセットボンベ 1本1時間）				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
たん吸引器（機種名）：○○○							
たん吸引器 関連		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内部バッテリー 内部バッテリー作動時間：1時間以内	1	1	外出セット
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	携帯用（足踏み式）・ピストン式吸引器			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	吸引カテーテル（本数）とアルコール綿			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	使い捨てグローブ			外出セットの中に保管しているほ か、1階収納室に3か月分備蓄
	非常用電源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外部バッテリー 使用可能時間：（ ）時間 充電時間：（ ）分			カーインバーター、発電機から電源 を確保する
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シガーソケット対応インバーター			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	延長コード			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
酸素濃縮器（機種名）：使用していない							
在宅酸素 関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内部バッテリー				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素ボンベ（本数）				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素ボンベ用カート				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素用チューブ（カテーテル）				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## 5. 備蓄チェックリスト（療養必需品）

	必要 物品	準備 済	療養必需品の種類	自宅待機 備蓄量	持ち出し分	保管場所
食事関連	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	経管栄養剤 種類：ラコール 1日量：1,500ml	1か月分	3日分	外出セット
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	イルリガートル			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	栄養チューブ			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	接続チューブ			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	注入器			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
内服薬関連	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お薬手帳			外出セット
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	常用薬（予備）	2週間分	3日分	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
衛生材料関連	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ガーゼ類	外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	アルコール綿			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射器			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	精製水 20ℓの箱を定期購入	1箱		1階収納室
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
排泄関連	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	オムツ類	外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	尿器類			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	カテーテル・バッグ等			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	おしりふき			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
その他	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	水	2週間分		1階収納室
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	乾電池	単1-8 単3-12	単1-4 単3-6	ベッドサイドの棚
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	携帯ラジオ	1	1	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	懐中電灯（ベッド側にあるか）	1	1	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筆記用具	1	1	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	保険証・医療受給者証			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ティッシュ・ウエットティッシュ			ベッドサイドの棚
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	私の災害時個別計画			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	コミュニケーション用具（文字盤）	1	1	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	クッション類			ベッドサイドの棚
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	防寒具等			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

その他、必要なものを記載



☆ 自宅見取り図 ※避難時の動線も記入しましょう

- ・ 太郎さんの部屋の位置、間取り（ベッド、医療機器）
- ・ ベッドサイドの棚の外出セット内容（写真）
- ・ 1階収納室の位置
- ・ 避難方法経路（部屋から外に出るまでの導線）

をわかりやすく記載

## 6. 普段の私（            さん）の様子

例えば・・・

- ・ こんな時は不安になります  
痰が多く出る、痰がなかなか切れない時は不安になる。
- ・ 体調が悪いサイン  
機嫌が悪くなる。顔面紅潮する。
- ・ これがあると安心します  
好きな音楽をかけると安心する

## 7. 週間予定（サービス等利用計画などの写し等）

## 8. いざという時の動き（連絡方法、避難先、避難の手順）

自宅で被災した時にどのように対応するかを具体的に記載します。以下の例示のシートを記入していく方法もありますし、「私の場合」で自由に記入できます。イメージしづらい場合は<記入例>を参照してください。

### 在宅で停電の場合

電源が必要な機器	人工呼吸器、たん吸引器
電源確保の方法 (誰が、何を使って、どうやって)	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器の電源が外部バッテリーで作動しているか確認する。</li> <li>バッグバブルマスクと足踏み式吸引器をそばに準備し、ブレーカーを確認する。</li> <li>人工呼吸器の外部バッテリーと内部バッテリーで〇時間持つが、停電が長引く場合には、発電機から電源を確保する。発電機の操作は、家族、ヘルパー、訪護、相談支援相談員、隣家の〇〇さんが可能。</li> <li>発電機は音が出るので、夜間は自家用車からカーインバーターを使用し、電源を確保する。自家用車からの電源確保は、家族、ヘルパー、訪看、相談支援専門員、隣家の〇〇さんが可能。</li> </ul>
災害時、かけつけてくれる人 (誰に連絡するか)	近所に住む親戚の〇〇さん

### 避難が必要な時は次のように動きます



高齢者等避難の発令

になったら、自宅外に避難します。

避難をしたら、居場所を

その場にはいない親、兄弟  
訪看、相談支援相談員、市町村担当課

に伝えてください。



### <第1候補>

#### 【避難先】

〇〇病院  
〇〇市〇〇丁目-〇-〇

#### 【受付担当者・担当部署】

医療連携室 〇〇さん (TEL. - - -)

に連絡し受け入れを確認する

#### 【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく  
ベッドから2人で介助し、車椅子に移乗、スロープを使用して外に出る。自家用車に、車椅子で乗車。その際には、人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。自家用車で長時間の移動は可能。

## <第2候補>

### 【避難先】

〇〇クリニック  
〇〇市〇〇丁目-〇-〇

### 【受付担当者・担当部署】

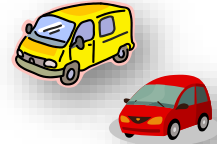
担当 〇〇さん (TEL. - - -)

に連絡し受け入れを確認する

### 【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく  
ベッドから2人で介助し、車椅子に移乗、スロープを使用して外に出る。自家用車に、車椅子で乗車。その際には、人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。自家用車で長時間の移動は可能。

## <第3候補>



### 【避難先】

親戚の〇〇さん宅 (自家発電機があるお宅)  
〇〇町〇〇字〇〇

### 【受付担当者・担当部署】

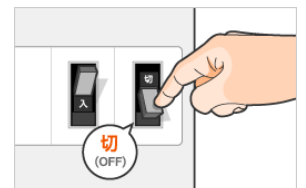
親戚の〇〇さんの携帯 ( - - - ) に連絡し、停電の状況、自家発電機の使用が可能か、受け入れが可能かを確認する。

### 【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく  
ベッドから2人で介助し、車椅子に移乗、スロープを使用して外に出る。自家用車に、車椅子で乗車。その際には、人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。自家用車で長時間の移動は可能。

### 【参考】

- ◎ 行き先メモを玄関に貼っておきましょう。
- ◎ 通電火災予防のためにブレーカーは切っておきましょう。



## 自由記述用

☆記入内容の目安 ～避難場所と避難手順（外に出る方法、移動方法）を中心に自由に記入します～

①状況	<ul style="list-style-type: none"><li>・どんな時に避難するか（火事、土砂崩れ、自宅の大規模損壊など記入する）</li><li>・長時間の停電で電源確保が難しい（概ね〇時間）</li></ul>
②連絡先	<ul style="list-style-type: none"><li>・第一避難先、第二・第三の避難先はどこか（病院、施設等）</li><li>・電話番号と担当職員</li></ul>
③外に出る方法	<ul style="list-style-type: none"><li>・ベッドから公道に出るまでの経路（自宅の間取り、写真）、必要な人員</li><li>・移動方法（車椅子、ストレッチャー、抱きかかえる等）</li><li>・本人を移動する方法、禁忌（可能であれば、移動・移乗の様子の写真）</li><li>・避難時、持ち出し物品（写真）</li></ul>
④移動方法	<ul style="list-style-type: none"><li>・自家用車を使用するか。誰が運転するのか。必要な人員</li><li>・自宅から避難場所までの経路、平時の所要時間</li><li>・本人が移動に耐える時間、その他配慮の必要なこと</li></ul>
⑤避難場所	<ul style="list-style-type: none"><li>・病院等</li><li>・住所と電話番号</li></ul>
⑥安否連絡	<ul style="list-style-type: none"><li>・誰に連絡するか、連絡方法はどうか。</li></ul>

### ① 状況

- ・高齢者等避難の発令

### ② 連絡先

- ・第一避難先：〇〇病院 医療連携室 〇〇さん（Tel. - - ）⇒難しい場合は第二、第三へ
- ・第二避難先：〇〇クリニック 〇〇さん（Tel. - - ）
- ・第三避難先：親戚の〇〇さん宅（携帯 - - ）

### ③ 外に出る方法

- ・ベッドから車椅子へ移動：2人で介助し、移乗する。
- ・注意点：人工呼吸器の回路に注意が必要
- ・移動方法：スロープを車椅子で移動
- ・持ち出し物品：外出セット、人工呼吸器、呼吸器回路（※自宅見取り図参照）

### ④ 移動方法（※自家用車で避難する場合）

- ・自家用車には車椅子のまま乗車⇒車にはスロープで乗車
- ・車での長時間の移動は可能。

### ⑤ 避難場所

- ・上記②「連絡先」で避難可能なところ

### ⑥ 安否確認

- ・その場にはいない親、兄弟、訪看、相談支援相談員、市町村担当課に居場所を連絡する。

## 9. 今後必要な備えについて

\* 今後備えが必要な事項を本人や家族、支援者等で洗い出し、計画的に準備をすすめましょう。  
課題が解決したら、見直し時に計画に反映させることにより備えがより具体的になります。

項目	課題	行動計画（誰が、いつまで）	結果
(例) カーインバーター	アンペア数、予備のヒューズの有無、実際の接続方法の確認をしていない	シートに記入（家族、保健師） （次回ケア会議まで） 接続の練習（家族、保健師、訪問）（〇年〇月まで）	〇年〇月ケア会議で一緒に確認、接続訓練実施
バッグバルブマスク （アンビューバック）	入院中に一度、手技を覚えてもらったが、使用したことがない。	家族と支援者でやってみる。	〇年〇月カンファレンス等で一緒に確認、手技実施
発電機	発電機を動かしたことがない。	家族と支援者でやってみる。	〇年〇月カンファレンス等で一緒に確認、接続訓練実施
足踏み式吸引器	使用したことがない。	家族と支援者でやってみる。	〇年〇月カンファレンス等で一緒に確認、訓練実施
避難方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・想定した避難方法での避難が可能か実際に検証したことがない。</li> <li>・福祉避難所の利用を考えた事はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と支援者で避難訓練を実施する。</li> <li>・市町村担当者と利用について相談し、手順等を確認する。</li> </ul>	

## 10. 個別支援計画作成の経過

年月日	事 項
○年○月○日	相談支援専門員、訪看、ヘルパー等、家族で作成 要支援者、市町村保健師、市町村担当者と情報共有
○年○月○日	関係機関等とのカンファレンス等で情報共有。 ・必要な手技、訓練等について確認 ・今後、要支援者等と訓練を行うこととした。
○年○月○日	関係機関等とのカンファレンス等で計画の見直しを行った。

# F A X送信票

東北電力 ○○支店 御中

送信内容 停電時の電源確保要請について

送信者 〒 ー

TEL ー ー

FAX ー ー

\*\*\*\*\*

通信：停電時電力早期復旧要請願いを FAX させていただきます。

氏名（生年月日）	（年月日，才）
住所	
電話番号	
ご家族の氏名（続柄）	（ ）
【緊急時搬送依頼理由】 人工呼吸器を装着しています。 停電等の災害時、「電源確保」が重要になります。 停電時、早期復旧をお願いします。 また、早期復旧が見込めない場合は、○○病院への早期搬送が必要になります。 消防本部と患者宅へご連絡をお願いします。 災害時は業務が多忙で、電話回線もつながりにくく大変な状況かと思いますがよろしくをお願いします。	

# F A X 送信票

〇〇消防署本部 警防課 御中

送信内容 停電時の救急要請について

送信者 〒 —

TEL — —

FAX — —

\*\*\*\*\*

通信：緊急時救急車要請願いを FAX させていただきます。

氏 名 (生年月日)	( 年 月 日, 才)
住 所	
電話番号	
ご家族の氏名 (続柄)	( )
<p>【緊急時搬送依頼理由】 人工呼吸器を装着しています。 停電等の災害時、「電源確保」が重要になります。救急要請時、使用中の人工呼吸器を持参のうえ、〇〇病院への搬送をお願いします。 救急要請時、使用中の人工呼吸器を持参のうえ、〇〇病院への搬送をお願いします。 災害時は業務が多忙で、大変な状態と思いますがよろしくをお願いします。</p>	

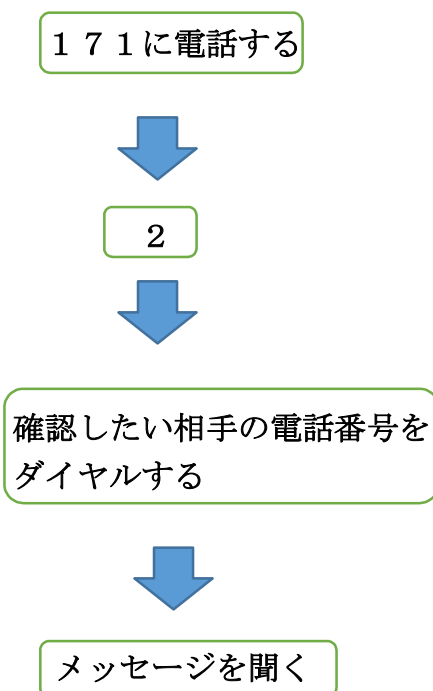
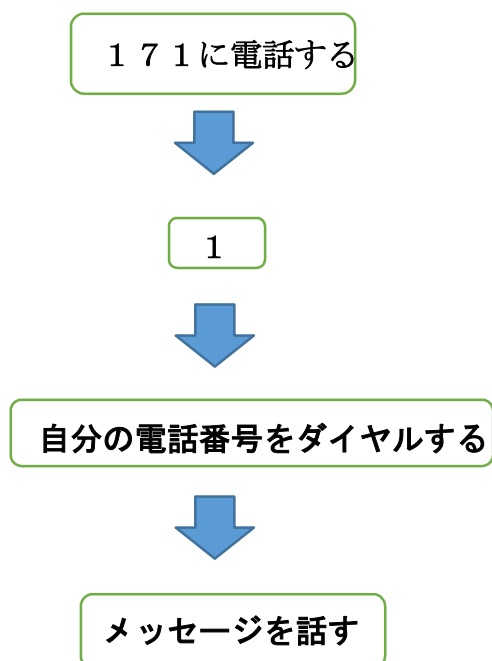


## 災害伝言ダイヤル

災害発生に備えて利用方法を事前に確認

被災者から：伝言の登録  
(または、自分から聞いてほしい時)

被災者の伝言の確認



提供備蓄伝言：10伝言  
伝言録音時間：30秒  
伝言保存時間：6時間

体験

- ・毎月1、15日
- ・1月1日～3日
- ・防災週間  
8月30日9:00～9月5日17:00

注) 体験利用時においても災害運用時と同様に、NTT 東日本・NTT 西日本の電話サービスから伝言を録音または再生する電話番号までの通話料は無料です。他通信事業者の電話、携帯電話やPHSから発信する場合、通話料については各通信事業者にお問い合わせください。