

災害対策チェックシート

記載日：

このチェックシートを利用して、災害時の備えについて考える
きっかけにしていただくと幸いです。



お名前：

居住地：久留米市

連絡先：

避難場所：自宅（場所：）

自宅外（場所：）

連絡先：

《避難時緊急連絡先》

①氏名： 関係性（ ）連絡先（ ）

②氏名： 関係性（ ）連絡先（ ）

③氏名： 関係性（ ）連絡先（ ）

1. 自宅付近で想定される災害情報についての確認

①自宅付近で想定される災害情報で気になるところはありますか？

①水害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____）
②土砂災害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____）
③台風	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____）
④地震	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____）
⑤その他（地盤沈下 等 _____）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____）

≪自由記載欄≫

②上記①で気になる災害時に心配となる被害は何ですか？

<input type="checkbox"/> 家屋の崩壊	<input type="checkbox"/> 床上・床下浸水	<input type="checkbox"/> 避難経路の安全確保
<input type="checkbox"/> ライフライン（電気・ガス・水道）の停止	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

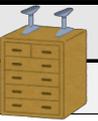
≪自由記載欄≫

2. 災害発生時に安全に避難するために避難場所や避難ルート、支援者の確認等をしていますか？

避難場所 ・ 避難 ルート	①居室、寝室は出口に近いところにありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認
	②出口の内側に通路の妨げになるものは置いていませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	③廊下など通路に転倒する恐れのある家具はありませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	※ ある場合、家具は固定されていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 未確認
	④廊下などの通路に荷物を置いてませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	⑤避難準備品はすぐに持ち出せますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑥自宅以外に避難を考えていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （具体的に _____）
	⑦避難ルートを確認できていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧移動手段は確保できていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
支援者の 確認等	⑨災害時に備えて家族や支援者に相談をしたり、話し合いの場をもったりしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい（誰に： _____） <input type="checkbox"/> いいえ
	⑩避難する際に支援してくれる援助者はいますか	<input type="checkbox"/> はい（援助者： _____） <input type="checkbox"/> いいえ
	⑪久留米市の「避難行動要支援者名簿」の登録はしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑫緊急連絡先を一覧にまとめていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	※ はいの場合、一覧は確認しやすいところに掲示していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

≪自由記載欄≫

3. 療養している部屋の安全対策・環境の確認をしていますか？



《 家屋による下敷き防止、割れたガラスによるけが防止 》		
家全体 ・ 家周り	①家屋の耐震に不安がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②家屋の壁、ガラスや塀にひび割れはありませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	③家屋の屋根、瓦が落ちて崩れる心配はありませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	④窓ガラス、戸棚のガラスなどが割れ、飛散する心配はありませんか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認
《 倒れてきた家具による下敷きの防止、落下物によるけがの防止 》		
家の中 ・ 家具等	⑤居室、寝室の家具は金具などで固定されていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 未確認
	⑥人工呼吸器や吸引器は固定されていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 未確認
	⑦ベッド周辺に重たい家具や、家電製品はありませんか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	※ ある場合、家具や家電製品は固定されていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 未確認
	⑧ベッド周辺の高い所に重たい物や落下の恐れのあるものはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未確認
	⑨外部バッテリーは普段から使っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

《 自由記載欄 》

4. 医療状況や医療機器についての確認

①現在の医療的ケアの状況について教えてください。

人工呼吸器 気管切開 (気管カニューレ カニューレフリー)

注入 (経鼻経管 胃瘻) 導尿 その他 ()

②使用している医療機器は何ですか？

人工呼吸器 酸素濃縮器 酸素ボンベ

吸引器 パルスオキシメーター バックバルブ

③停電時、医療機器を動かすための電源は確保されていますか？

発電機 蓄電池 各機器の外部バッテリー (予備バッテリー)

その他 ()

④呼吸器や酸素などの業者の方に災害時の対応について聞いたことがありますか。

はい いいえ

⑤発電機や蓄電池等、実際に使用してみたことはありますか？

はい いいえ

《 自由記載欄 》

5. 衛生材料の予備や非常用持ち出し物品の準備はできていますか？ 別紙で確認しましょう。

《 自由記載欄 》

6. 災害発生時に備えて心配なことはありませんか？

《 自由記載欄 》



3日分準備できていますか？



衛生材料 (例)	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> カニューレ固定ひも	<input type="checkbox"/> Yガーゼ
	<input type="checkbox"/> 加温加湿器 (チャンバー)	<input type="checkbox"/> 精製水/蒸留水	<input type="checkbox"/> 人工鼻
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器回路	<input type="checkbox"/> 加湿フィルター	<input type="checkbox"/> アルコール綿
	<input type="checkbox"/> 吸引チューブ (口鼻用)	<input type="checkbox"/> 吸引チューブ (気管内用)	<input type="checkbox"/> 鼻注カテーテル
	<input type="checkbox"/> イルリガートル/栄養セット	<input type="checkbox"/> シリンジ	<input type="checkbox"/> 栄養剤
	<input type="checkbox"/> テープ(カテーテル固定用)	<input type="checkbox"/> 導尿カテーテル	<input type="checkbox"/> 定期処方薬 (お薬手帳)
	<input type="checkbox"/> アンビューバック	<input type="checkbox"/> 消毒液	<input type="checkbox"/> 滅菌手袋
	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> おしり拭き	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

非常用持ち出し物品 (例)

日用品	<input type="checkbox"/> 懐中電灯	<input type="checkbox"/> 携帯ラジオ	<input type="checkbox"/> 携帯電話、充電器
	<input type="checkbox"/> ライター、マッチ、ろうそく	<input type="checkbox"/> ロープ (ビニールテープ)	<input type="checkbox"/> モバイルバッテリー
	<input type="checkbox"/> テッシュペーパー	<input type="checkbox"/> ウエットティッシュ	<input type="checkbox"/> ビニール袋、ゴミ袋
	<input type="checkbox"/> ビニールシート	<input type="checkbox"/> 缶切り、栓抜き	<input type="checkbox"/> ナイフ
	<input type="checkbox"/> 食用ラップ	<input type="checkbox"/> アルミホイル	<input type="checkbox"/> ジッパー付き保存袋
	<input type="checkbox"/> 石鹸	<input type="checkbox"/> ドライシャンプー	<input type="checkbox"/> 口腔ケア用品
	<input type="checkbox"/> 生理用品	<input type="checkbox"/> ガムテープ	<input type="checkbox"/> 防寒用具
	<input type="checkbox"/> アルミ保温シート	<input type="checkbox"/> 使い捨てカイロ	<input type="checkbox"/> タオル類
	<input type="checkbox"/> ヘルメット (防災ずきん)	<input type="checkbox"/> 風呂敷	<input type="checkbox"/> 雨具
	<input type="checkbox"/> 紙コップ	<input type="checkbox"/> 乾電池	<input type="checkbox"/> 延長コード
	<input type="checkbox"/> 裁縫道具	<input type="checkbox"/> マスク	<input type="checkbox"/> メモ帳、筆記用具 (油性マジック)
	<input type="checkbox"/> カセットコンロ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衣類	<input type="checkbox"/> 衣類	<input type="checkbox"/> 履物	<input type="checkbox"/> 軍手
医薬品	<input type="checkbox"/> 常備薬	<input type="checkbox"/> 救急セット	<input type="checkbox"/>
貴重品	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 健康保険証、運転免許所、パスポート、マイナンバーカード等の写し	
	<input type="checkbox"/> 保険証・医療券などのコピー	<input type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー	<input type="checkbox"/> 自宅・車の予備キー
	<input type="checkbox"/> 預金通帳の写し、印鑑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> 笛や防犯ベル	<input type="checkbox"/> 新聞紙	<input type="checkbox"/> 家族の写真及び連絡先
	<input type="checkbox"/> 食料	<input type="checkbox"/> 飲料水	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (本人が落ち着くもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

確認日：

緊急連絡先



かかりつけ医		調剤薬局	
() 病院	— —	()	— —
() Dr			
専門病院		訪問看護ステーション	
() 病院	— —	()	— —
() 科		担当者 ()	
() Dr			
() 病院	— —	()	— —
() 科		担当者 ()	
() Dr			
人工呼吸器取扱業者		在宅酸素取扱業者	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
パルスオキシメーター取扱業者		呼吸器取扱業者	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
車いす取扱業者		() 取扱業者	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
ヘルパーステーション		通所先	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
()	— —	()	— —
担当者 ()		担当者 ()	
民生委員		役所関係	
氏名 ()	— —	() 課	— —
		担当者 ()	
氏名 ()	— —	() 課	— —
		担当者 ()	
家族、その他親族・友人		その他	
氏名 ()	— —		— —
続柄 ()			
氏名 ()	— —		— —
続柄 ()			
氏名 ()	— —		— —
続柄 ()			
氏名 ()	— —		— —
続柄 ()			