

重要

回答〆切日：8月31日

24時間人工呼吸器装着者に関するアンケート **(緊急アンケート)**

この度、大阪府より、災害に備えて、「24時間人工呼吸器装着者の現状把握」の依頼がありました。これは、当会の「拠点ステーション（各ブロックに4ヶ所8台の発電機を設置しています）」事業に関連するものです。アンケートへの回答を、なにとぞよろしくお願いいたします。

ブロック名（ ） ステーション名（ ）

① 貴ステーションには、**24時間人工呼吸器装着利用者がいますか。**（有 無）〇で囲んでください。（無でも返送をお願いいたします。）

② 上記①で**有と回答した方**は、下記に利用者毎に記載をお願いいたします。（記載欄が不足の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。）

記載例に従い、利用者ごとに、回答をお願いいたします。

※ 疾患等凡例：ア：神経筋難病 イ：小児慢性特定疾患 ウ：呼吸器疾患 エ：頸髄損傷 オ：その他

利用者	疾患等について (上記凡例より選び〇をつけてください)	気切下人工呼吸器 24時間使用者	NPPV(非 侵襲)24時 間使用者	災害時個別避 難計画の策定 状況	拠点ステーション 登録の有無	発電機保有の 有無	蓄電池保有の 有無	訪問看護事業所 複数対応の有無
例	ア・イ・ウ・エ・オ	○		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
1	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
2	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
3	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
4	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
5	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
6	ア・イ・ウ・エ・オ			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

返送先：FAX:06-6767-3801

問い合わせ：一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会 TEL：06-6767-3800