

第2号様式

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施計画書

【訓練の情報】 ※市に申請した日から約2週間後を目安に訓練予定日を計画	
訓練予定日	年 月 日
実施事業所名	
担当者名(職員)・職種	職種
実施予定訓練 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 訓練 1 非常用外部電源(ポータブル電源)で人工呼吸器・加湿器を駆動する訓練 <input type="checkbox"/> 訓練 2 自動車などを用いて非常用外部電源の充電を行う訓練
※訓練2のみ実施の場合は謝礼金支給対象外	

【患者情報】	
ふりがな	
氏 名	
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日
主介護者名・続柄	続柄

【医療機関名】 (往診・外来)	往診・外来
--------------------	-------

【医療機器情報】	
呼吸器メーカー・機種	機種
TPPV / NPPV	TPPV / NPPV ○をつける
人工呼吸器使用時間	(1日あたり) 時間
その他使用する 医療機器	加湿加温器・吸引器 ○をつける 他 ()

【非常用外部電源の情報】	
種類	ポータブル電源 ・ DC/ACインバーター ○をつける その他 ()
非常用電源の普段使いの有無	有 / 無 ○をつける

【確認事項】

この訓練は、松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練協力謝礼金支給要綱に基づき計画していることに相違ありません。

事業所管理者名

記入例

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施計画書

【訓練の情報】 ※市に申請した日から約2週間後を目安に訓練予定日を計画	
訓練予定日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
実施事業所名	〇〇〇〇〇〇事業所
担当者名(職員)・職種	〇〇 △〇△ 職種 看護師
実施予定訓練 (□にレ点)	<input checked="" type="checkbox"/> 訓練 1 非常用外部電源(ポータブル電源)で人工呼吸器・加湿器を駆動する訓練
※訓練2のみ実施の場合は謝礼金支給対象外	<input checked="" type="checkbox"/> 訓練 2 自動車などを用いて非常用外部電源の充電

実施する訓練に○をつけてください。

【患者情報】	
ふりがな	〇〇〇 〇〇〇
氏 名	〇〇〇 〇〇〇
生年月日	(T・S・H・R) 〇 年 〇 月 〇 日
主介護者名・続柄	〇〇〇 〇△〇 続柄 母

【医療機関名】 (往診・外来)	<input checked="" type="checkbox"/> 往診・外来 〇〇診療所
--------------------	---

【医療機器情報】	
呼吸器メーカー・機種	〇〇 〇〇 機種 〇〇〇
TPPV / NPPV	T P P V / N P P V ○をつける
人工呼吸器使用時間	(1日あたり) 24 時間
その他使用する 医療機器	加湿加温器・吸引器 ○をつける 他()

【非常用外部電源の情報】	
種類	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブル電源 DC/ACインバーター ○をつける その他()
非常用電源の普段使いの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 ○をつける

【確認事項】

この訓練は、松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練協力謝礼金支給要綱に基づき計画していることに相違ありません。

管理者に必ず確認をとってください。

事業所管理者名 △〇△ 〇△