

医療的ケアに関する情報提供書兼同意書及び 医療的ケア児等災害時個別支援計画について (お願い)

＜対象者＞ 0～64歳で浜松市在住、在宅で生活しており、
下記いずれかの医療的ケアを受けている方

- ①人工呼吸器管理 ②在宅酸素療法 ③人工透析
- ④在宅中心静脈栄養 ⑤気管切開 ⑥痰吸引 ⑦導尿
- ⑧経管栄養(経鼻、胃ろう含む) ⑨インシュリン注射

＜回答方法＞

- ①記入
 - ②写しを取り、自宅で保管。
 - ③原本を障害保健福祉課へ提出すると共に関係機関へ写しを渡す。
- ※安否確認実施機関については関係機関にご相談ください。
(提出の際、安否確認実施機関は未記入で構いません)
安否確認実施機関を決定後、障害保健福祉課へご連絡ください。



＜提供いただいた情報の活用＞

- ①災害時の安否確認や福祉避難所等の情報提供 #1
- ②医療的ケアが必要な方に関わる機関との情報共有 #2
- ③医療的ケアが必要な方への支援体制構築

#1 情報共有を想定する機関: 医療的ケア児等相談支援センター、医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、ケアマネージャー、サービス事業所、学校、在宅酸素や人工呼吸器業者等



＜★重要★メールの受信について＞

安否確認システムの登録等、市からメールにてご連絡をさせていただくことがありますので、こちらのメールアドレス(syoghuku@city.hamamatsu.shizuoka.jp)が受信できるよう設定をお願いします。

＜情報の管理について＞

障害保健福祉課にて個人情報の取扱いに十分注意して管理し、目的外使用はしません。

問合せ先 浜松市役所 障害保健福祉課
地域生活支援グループ
連絡先: 457-2864