

災害のストレスによって、 心や体の変調がおきることがあります。

次のようなことがないか、チェックしてみましょう。

- ☐ 眠れなかったり、悪い夢をみて悩んだりしていませんか？
- ☐ 食欲がなくなったり、体重が減ったりしていませんか？
- ☐ めまいや動悸はしませんか？
- ☐ 頭痛がしたり、頭が重くて困ったりしませんか？
- ☐ 下痢、便秘、腹痛などで困っていませんか？
- ☐ のどがつまったような感じや、息苦しさを感じたりしませんか？
- ☐ イライラしたり、怒りっぽくなっていませんか？
- ☐ 落ちつかず、不安な気持ちになることがありますか？
- ☐ 気分が落ちこんだり、やる気が起こらなかったりしませんか？
- ☐ なんとなく体がだるくて、動けなかったりしませんか？

こういうことがあれば

- ・十分な休養をとるように心がけましょう。
- ・ひとりで抱えこまず、身近な人に相談しましょう。
- ・かかりつけの医師がいれば、早めに相談しましょう。

令和4年3月1日発行

編集：安佐南区在宅医療・介護連携推進委員会

発行：安佐南区地域保健対策協議会

住所：〒731-0101 広島市安佐南区八木5丁目35-2

電話：082-873-1840

災害時

健康 マイノート



このポケットにお手持ちの「おくすり手帳」を入れ、
避難時にお持ち歩きください。

もくじ

●「災害時健康マイノート」とは／同意書 … 2 ～ 3 ページ

●あなたの基本情報 …… 4 ～ 5 ページ

事前に記入しておきましょう

●訪問記録・日記 …… 6 ～ 46 ページ

左側はご自身の記録としてお使いください

右側は専門職※が記録します

※専門職（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー・保健師など）

避難先

災害時健康マイノートとは

災害時健康マイノートとは、災害が起きた時に医療や介護の支援が必要な方が避難期間中に使用するノートです。

自宅や避難先に専門職（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリ・ケアマネジャー・保健師など）が訪問した際、あなたの健康状態やお困りごとを記載し、みんなで情報を共有し、より良い支援をするための連絡帳として使用します。また、ご自身で日々の健康状態やその日感じたことを記録する日記帳としてもお使いいただけます。

まずは、4～5ページにあなたの基本情報を記入してみましょう。普段から通院している病院や利用している介護サービス事業所、毎日飲んでいるお薬の情報を知ってもらうことで、災害時でも適切な支援を受けることができます。ご自身での記入が難しい場合は、ご家族や信頼できる方と相談して記入してもらいましょう。

そして、本ノートに記載されている個人情報を医療や介護に関わる関係機関等へ提供し、必要な情報を交換することに同意していただけるようでしたら、右ページの同意書にサインをお願いします。

災害はいつどこで起きるか分かりません。もし災害が起きて避難される場合は、この「災害時健康マイノート」と「おくすり手帳」を忘れずに持っていきましょう。

メモ

同 意 書

私（本人およびその家族）は、本ノートに記載されている個人情報を、医療や介護に関わる関係機関等へ提供し、必要な情報を交換することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

（代筆者）

基本情報（令和 年 月 日 現在）

フリガナ		性 別	男・女
氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
身 長	cm	体 重	kg

連絡先 1	TEL	氏名	続柄
連絡先 2	TEL	氏名	続柄
連絡先 3	TEL	氏名	続柄

障害・介護の状況

障 害	なし・あり
	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 級
介護認定	なし・あり (要支援 1・要支援 2 要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5)

かかりつけ情報

かかりつけ医			
かかりつけ歯科			
かかりつけ薬局			
通っている通所サービス			
通院中のリハビリ			
訪問看護			
居宅介護支援事業所	ケアマネジャー		
地域包括支援センター	担 当		

これまでにかったことのある病気

☐ なし	☐ 心疾患	☐ 脳血管疾患	☐ 高血圧	☐ 糖尿病
☐ 肝臓疾患	☐ 腎臓疾患	☐ 呼吸器疾患	☐ 精神疾患	☐ 認知症
☐ その他	病 名 ()			

現在治療中の病気

なし・あり	病 名 ()
通院医療機関名	
治療状況	
手持ちの治療薬	

医療器具

☐ なし	☐ 気管カニューレ	☐ 在宅酸素	☐ 人工肛門	☐ インシュリン注射
☐ 透析（腹膜・血液）	☐ カテーテル（膀胱留置・導尿・その他）			
☐ ペースメーカー	☐ 栄養（胃瘻・経鼻・中心静脈）			
☐ その他 ()				

日常生活動作（ADL）の状況

食事制限	なし・あり	病 名 ()		
食事形態		水分のトロミ	なし・あり	
アレルギー	なし・あり ()			
排 泄				
移 動				
装 具	なし・あり ()			
補聴器	なし・あり ()			
義 歯	なし・あり ()			
眼 鏡	なし・あり ()			

主な出来事

☆本人記入欄

月	日 ()	血 圧	
		体 重	

気になる症状 (○をつけてください) ※複数回答可

疲 労	頭 痛	頭が重い	倦怠感	吐き気	めまい	動 悸
息切れ	肩こり	腰 痛	関節痛	目の症状	せ き	た ん
下 痢	便 秘	体重減少	体重増加	口の渇き	入れ歯の不具合・紛失	
歯の痛み	不 眠	不 安	いろいろ	意識低下	決断力低下	焦燥感
ゆううつ	その他 ()					

主な出来事 (その日起きたこと・その日の気分・日記など)

訪 問 記 録

☆訪問者は記録の最後に所属・職業・氏名を記入してください

時 刻	フリー記載