

主治医の皆様へ（ご協力のお願い）

京都府では万一の長時間停電の発生に備え、在宅で24時間人工呼吸器を装着されている患者さんが突発的な停電発生時に速やかに自家発電装置により電力供給可能な医療機関において受入していただけるよう、裏面のとおり搬送先医療機関の事前登録を実施しております。

ご協力をお願いしたいこと

- ▶ 本事業の実施にあたり、患者さんに提出をお願いしている情報提供同意書の「搬送先登録医療機関」欄の記入にあたって、患者さんから相談がありましたら、ご本人の病状や自家発電装置の保有状況などを考慮し、停電時の搬送先としてもっとも適当な医療機関をアドバイスいただきますようお願いいたします。
 - ・ 主治医ご自身の医療機関を「搬送先登録医療機関」としていただいても構いません。
 - ・ 京都府難病患者災害時・緊急時支援事業による災害時・緊急時行動計画や市町村が作成する災害時要援護者のための個別計画により、既に緊急時の搬送先医療機関として定められた医療機関がある場合は、その医療機関を「搬送先登録医療機関」としていただいても構いません。
- ▶ また、選定に当たっては、事前に連絡して「搬送先登録医療機関」として登録することについてあらかじめ了解をとっておいいただきますようお願いいたします。
- ▶ なお、本登録は、搬送先登録医療機関への受入を確約するものではありません。

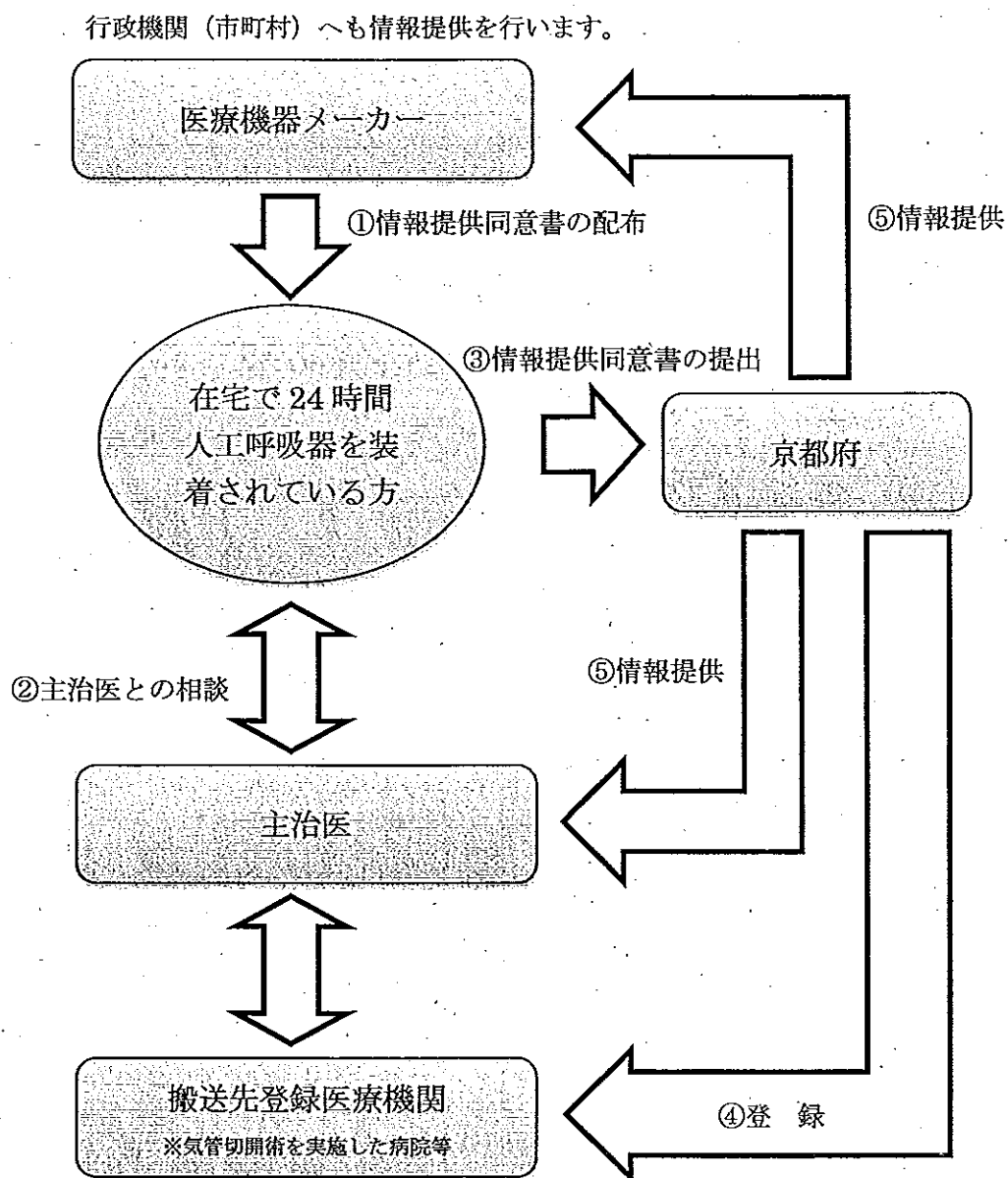
本事業は、24時間人工呼吸器を装着されている患者さんを対象として実施するものでありますが、病状等により24時間人工呼吸器を装着されている患者さんと同様の対応が必要と考えられる人工呼吸器装着患者さんがおられる場合は、本事業につき御案内いただきたいと存じます。別途、「情報提供同意書」等の様式を送付させていただきますので、恐れ入りますが下記担当課まで御連絡いただきますようお願いいたします。

お問い合わせは

京都府健康福祉部健康福祉総務課企画調整担当

電話 075-414-4554 FAX 075-414-4694

■事前登録の概要



【手続きの流れ】

- ①医療機器メーカーから、用紙を配布
- ②主治医と相談の上、「搬送先登録医療機関」を決定（主治医から当該医療機関へ連絡）
- ③必要事項を記入の上、用紙を提出（提出先 京都市内：京都府健康福祉部健康福祉総務課、京都市外：最寄りの府保健所）
- ④搬送先登録医療機関へ登録（本登録は、搬送先登録医療機関への受入を確約するものではありません）
- ⑤主治医、医療機器メーカー（医療機器販売・賃貸業者を含む）及び行政機関（市町村）へ情報提供

災害拠点病院名	住所	電話番号
京都府立医科大学附属 北部医療センター	京都府与謝郡与謝野町字男山 481	0772-46-3371
市立福知山市民病院	京都府福知山市厚中町 231 番地	0773-22-2101
公立南丹病院	京都府南丹市八木町八木上野 25	0771-42-2510
京都府立医科大学附属病院	京都市上京区河原町通広小路 上る 梶井町 465	075-251-5111
京都大学医学部附属病院	京都市左京区聖護院川原町 54	075-751-3111
京都市立病院	京都市中京区壬生東高田町 1-2	075-311-5311
京都第一赤十字病院	京都市東山区本町 15-749	075-561-1121
国立病院機構京都医療センター	京都市伏見区深草向畑町 1-1	075-641-9161
洛和会音羽病院	京都市山科区音羽珍事町 2	075-593-4111
済生会京都府病院	京都府長岡京市今里南平尾 8 番地	075-955-0111
宇治徳洲会病院	京都府宇治市槇島町石橋 145	0774-20-1111
京都岡本記念病院	京都府久世郡久御山町佐山西ノ口 58 番地	0774-48-5500
京都山城総合医療センター	京都府木津川市木津駅前 一丁目 27 番地	0774-72-0235

情報提供同意書

保健所長 様
(京都府健康福祉部健康福祉総務課長)

私は、突発的な停電時における支援を目的として、京都府、お住まいの市町村、医療機関（主治医及び搬送先登録医療機関）及び医療機器メーカー（医療機器販売・賃貸業者を含む）へ下記情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名

⑩

患者氏名 ※ (ふりがな)			性別 ※	男・女
生年月日 ※	明・大・昭・平 年 月 日生まれ (歳)			
住所 ※	〒			
	電話 ()			
緊急連絡先 ※	(ふりがな) 氏 名 (続柄) ※	()		
	携帯電話 ※	()		
主治医	医療機関名称			
	医師名			
	所在地	〒 電話 ()		
療養状況	病 名			
	特定医療費（指定難病）受給者証 又は 小児慢性特定疾病医療費受給者証	有・無	身体障害者手帳	有・無
人工呼吸器	メーカー名称			
	連絡先	〒 電話 ()		
	内部バッテリー持続時間	時間		
	外部バッテリー持続時間	時間		
搬送先登録 医療機関 〔主治医と相談 の上、記入〕	医療機関名称			
	医師名			
	所在地	〒 電話 ()		

【提出窓口】

お住まいの地域	提出窓口
京都市	京都府健康福祉部健康福祉総務課 【送付先】 〒602-8570 上京区下立売通新町西入藪ノ内町
向日市、長岡京市、大山崎町	京都府乙訓保健所 【送付先】 〒617-0006 向日市上植野町馬立8
宇治市、城陽市、久御山町、 八幡市、京田辺市、井手町、 宇治田原町	京都府山城北保健所 【送付先】 〒611-0021 宇治市宇治若森7-6
木津川市、笠置町、和束町、 精華町、南山城村	京都府山城南保健所 【送付先】 〒619-0214 木津川市木津上戸18-1
亀岡市、南丹市、京丹波町	京都府南丹保健所 【送付先】 〒622-0041 南丹市園部町小山東町藤ノ木21
福知山市	京都府中丹西保健所 【送付先】 〒620-0055 福知山市篠尾新町一丁目91
綾部市、舞鶴市	京都府中丹東保健所 【送付先】 〒624-0906 舞鶴市倉谷村西1499
宮津市、京丹後市、与謝野町、 伊根町	京都府丹後保健所 【送付先】 〒627-8570 京丹後市峰山町丹波855