

発災時透析医療機関情報連絡シート

月 日 時 分	月 日 時 分
透析医療機関名	災害透析コーディネーター名
担当者名	ブロック名
連絡先 TEL FAX MAIL	連絡先 TEL FAX MAIL

報告

第一報(12時間以内)の必須項目(※)

項目	被災状況		
※医療機関の被災の有無	☐ 被災有	☐ 被災無	

※透析の可否						
※ 透析可 ☐	他施設からの透析患者受入れ可能人数	月 日	月 日	月 日		
		入院 人	入院 人	入院 人		
※ 透析不可 ☐	※透析不可の理由	外来 人	外来 人	外来 人		
		☐ 施設 全壊		☐ 施設 半壊		
		☐ 施設 部分破損		☐ 停電		
		☐ 水不足		☐ ガスの使用不可		
		☐ スタッフ不足		☐ 透析物品の不足		
		☐ 救急対応のため		☐ 透析液供給装置使用不可		
	他施設への透析患者要請人数	最終透析日	最終透析日	最終透析日		
		月 日	月 日	月 日		
患者移送手段の有無 (手段有=必要性無)	☐ 車両調達の必要性有		☐ 車両調達の必要性無			
スタッフ派遣可能人数 (職種・人数)	医師 人 看護師 人 臨床工学技士 人					

透析室貸出の可否	☐ 可 床	☐ 不可	
----------	------------------------------	-----------------------------	--

その他の不足物品や連絡事項等	
	●以上の項目に含まれない情報(必要物品、ボランティア要請等)をご記入ください。 ●他施設への透析患者要請がある場合は、できるだけ患者の居住地をご記入ください。 ●他施設への透析患者要請がある場合は、同一患者の有無や実患者数をご記入ください。 (例)最終透析日 3/1が5名、3/2が10名、3/3が5名の場合 「3/1と3/3は同一患者のため実患者数15名」等と記載する。

透析医療機関 被災状況一覧

月日時分

災害透析コーディネーター名

ブロック名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

要請

月日時分

災害透析コーディネーター名(総括)

連絡先
TEL
FAX
MAIL

○または×
を記入

○または×
を記入

○または×
を記入

No	透析施設名	被災の有無	透析の可否	透析不可の理由(該当箇所には○)												透析不可			透析室貸出	その他の不足物品や連絡事項等
				施設被害	停電	水不足	ガス使用不可	スタッフ不足	透析物品不足	緊急対応のため	透析液供給装置使用不可	末端装置使用不可	個人装置使用不可	水処理装置使用不可	その他	スタッフ派遣				
1																Dr	人			
																Ns	人			
																ME	人			
2																Dr	人			
																Ns	人			
																ME	人			
3																Dr	人			
																Ns	人			
																ME	人			
4																Dr	人			
																Ns	人			
																ME	人			
5																Dr	人			
																Ns	人			
																ME	人			

透析医療機関 患者状況一覧

月	日	時	分
災害透析コーディネーター名			
ブロック名			
連絡先 TEL FAX MAIL			



月	日	時	分
災害透析コーディネーター名（総括）			
連絡先 TEL FAX MAIL			

No	透析施設名	受入れ可能人数				他施設への要請人数				移送手段 (車両調達の必要性 の有・無を記載)	その他 (報告・要望・連絡事項等)
		計	再掲(最終透析日別)			計	再掲(最終透析日別)				
			月	日	月		日	月	日		
1		入院	人	人	人	入院	人	人	人		
		外来	人	人	人	外来	人	人	人		
2		入院	人	人	人	入院	人	人	人		
		外来	人	人	人	外来	人	人	人		
3		入院	人	人	人	入院	人	人	人		
		外来	人	人	人	外来	人	人	人		
4		入院	人	人	人	入院	人	人	人		
		外来	人	人	人	外来	人	人	人		
5		入院	人	人	人	入院	人	人	人		
		外来	人	人	人	外来	人	人	人		

透析患者情報一覧表

月日時分

市町村名

担当者名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

月日時分

担当者名

要請

報告

月日時分

県保健医療調整支部名

担当者名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

月日時分

担当者名

要請

報告

月日時分

災害透析コーディネーター名

ブロック名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

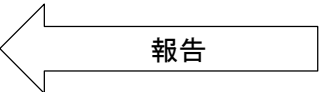
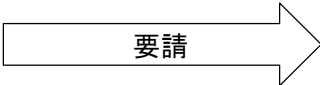
月日時分

災害透析コーディネーター名

No	氏名(フリガナ)	性別 (F/Mを記載)	年齢	最終透析日	ADL				かかりつけ 透析医療機関名	避難・滞在場所	特記事項	調整結果 (災害透析コーディネーターが、 受入先医療機関名と受入日程を記載)
					独歩	杖	車イス	寝たきり				
1					独歩 ・ 杖 ・ 車イス ・ 寝たきり							月日
2					独歩 ・ 杖 ・ 車イス ・ 寝たきり							月日
3					独歩 ・ 杖 ・ 車イス ・ 寝たきり							月日
4					独歩 ・ 杖 ・ 車イス ・ 寝たきり							月日
5					独歩 ・ 杖 ・ 車イス ・ 寝たきり							月日

透析患者受入依頼書

月	日	時	分
災害透析コーディネーター名			
ブロック名			
連絡先 TEL FAX MAIL			
月	日	時	分
災害透析コーディネーター名			



月	日	時	分
受入透析医療機関名			
担当者名			
連絡先 TEL FAX MAIL			
月	日	時	分
担当者名			

No	かかりつけ 透析医療機関名	受入依頼人数	再掲(最終透析日)			調整結果 (受入透析医療機関が、 受入可能人数と 受入日程を記載)	再掲(最終透析日)			
			月	日	月		日	月	日	月
1		入院	人	人	人	人	入院	人	人	人
		外来	人	人	人	人	外来	人	人	人
2		入院	人	人	人	人	入院	人	人	人
		外来	人	人	人	人	外来	人	人	人
3		入院	人	人	人	人	入院	人	人	人
		外来	人	人	人	人	外来	人	人	人
4		入院	人	人	人	人	入院	人	人	人
		外来	人	人	人	人	外来	人	人	人
5		入院	人	人	人	人	入院	人	人	人
		外来	人	人	人	人	外来	人	人	人

透析患者受入依頼連名簿

月日時分

依頼元透析医療機関名

担当者名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

要請

月日時分

受入透析医療機関名

担当者名

連絡先
TEL
FAX
MAIL

優先 順位	(フリガナ) 氏名	性別 (F/Mを 記載)	年齢	住所	電話	最終 透析日	ドライ ウエイト	病名 (腎不全以外)	禁忌薬	感染症	シャント	血液型	ADL			備考
													移動	食事	コミュニ ケーション	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	

※必要に応じて、患者詳細情報(診療記録など)を添付