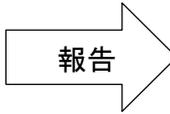


発災時透析医療機関情報連絡シート

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



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			

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	<input type="checkbox"/> 被災有	<input type="checkbox"/> 被災無	

※透析の可否							
※透析可 <input type="checkbox"/>	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
		外来	人	外来	人	外来	人
※透析不可 <input type="checkbox"/>	※透析不可の理由	<input type="checkbox"/> 施設 全壊		<input type="checkbox"/> 施設 半壊			
		<input type="checkbox"/> 施設 部分破損		<input type="checkbox"/> 停電			
		<input type="checkbox"/> 水不足		<input type="checkbox"/> ガスの使用不可			
		<input type="checkbox"/> スタッフ不足		<input type="checkbox"/> 透析物品の不足			
		<input type="checkbox"/> 救急対応のため		<input type="checkbox"/> 透析液供給装置使用不可			
		<input type="checkbox"/> 末端装置使用不可		<input type="checkbox"/> 個人装置使用不可			
		<input type="checkbox"/> 水処理装置使用不可		<input type="checkbox"/> その他()			
	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
		入院	人	入院	人	入院	人
		外来	人	外来	人	外来	人
	患者移送手段の有無 (手段有=必要性無)	<input type="checkbox"/> 車両調達の必要性有		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可	床	<input type="checkbox"/> 不可	
----------	----------------------------	---	-----------------------------	--

その他の不足物品や連絡事項等	
	<ul style="list-style-type: none"> ●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」と記載する。