

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