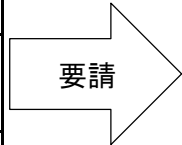
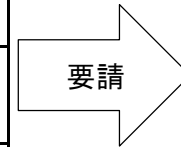


透析医療機関 被災状況一覧

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



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			



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

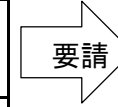
No.	透析施設名 (透析施設からの提出 の場合は年月日)	被災の有無	透析の可否	透析可	透析不可の理由												透析不可			透析室 貸出	その他 (報告・要望・ 連絡事項等)		
				患者受入	施設 被害	電気	水	ガス	スタッ ッフ	透析 物品	救急 対応	透析液 供給 装置	末端 装置	個人 装置	水処理 装置	その他	透析 要請 人数	移送 手段	スタッ ッフ 派遣				
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							

透析医療機関 患者状況一覧

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



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			



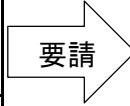
月	日	時	分
災害透析コーディネーター名(総括)			
連絡先 TEL			
FAX			

No.	※透析施設名 (透析施設からの提出 の場合は年月日)	追加受入可能人数		他病院へ 送りたい 患者数	うち入院	再掲(最終透析日別人数)			うち通院	再掲(最終透析日別人数)			その他 (報告・要望・連絡事項等)
		入院	通院			再掲(最終透析日別人数)				再掲(最終透析日別人数)			
						月日	月日	月日		月日	月日	月日	
1		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
2		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
3		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
4		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
5		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	

次ページ なし / あり (枚目 / 枚)

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			



月	日	時	分
県保健医療調整支部名			
担当者名			
連絡先 TEL			
FAX			

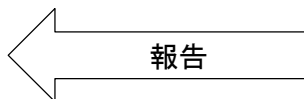
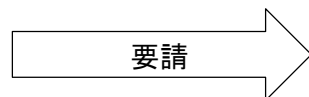


月	日	時	分
災害透析コーディネーター名			
ブロック名			
連絡先 TEL			
FAX			

No.	氏名(フリガナ)	性別	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
					独歩	杖	車イス	寝たきり			
1					独歩・杖・車イス・寝たきり						
2					独歩・杖・車イス・寝たきり						
3					独歩・杖・車イス・寝たきり						
4					独歩・杖・車イス・寝たきり						
5					独歩・杖・車イス・寝たきり						

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			
月	日	時	分
災害透析コーディネーター名			



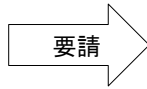
月	日	時	分
受入透析医療機関名			
担当者名			
連絡先 TEL FAX			
月	日	時	分
担当者名			

No.	受入先透析医療機関名	受入先透析医療機関名 担当者名(連絡先)	受入依頼人数	再掲(最終透析日)			かかりつけ 透析医療機関名	担当者名 (電話番号)	調整結果 (受入先透析医療機関 が記入)
				月 日	月 日	月 日			
1									
2									
3									
4									
5									

次ページ なし / あり (枚目 / 枚)

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			



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

優先 順位	(フリガナ) 氏名	生年 月日	住所	電話	最終 透析日	ドライ ウエイト kg	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			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> ()	
					月 日	kg			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> ()	
					月 日	kg			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> ()	
					月 日	kg			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> ()	
					月 日	kg			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手(右・左) 足(右・左) 血管(自己・人工)	A・B・O・AB (Rh:+-)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> ()	