

災害時情報送信票

年 月 日 午前・午後 時現在

施設名			
登録担当者名		連絡方法	※電話、メール等
都道府県名	東京都	区市町村名	
透析の可否	1 未確認 2 透析可 3 透析不可 ※○で囲んでください。		
施設被災の有無	1 未確認 2 被災有 3 被災無 ※○で囲んでください。		
被災状況	1 施設部分破損 2 施設半壊 3 施設全壊 4 停電 5 断水 6 ガス使用不可 7 多人数用透析液供給装置使用不可 8 末端装置使用不可 9 個人装置使用不可 10 水処理装置使用不可 11 その他装置被災 ※○で囲んでください。(複数選択可) ※被災がない場合は選択不要です。		
主な不足物品	ダイアライザ： _____ 人分 血液回路： _____ 人分 透析液原液： _____ 人分		
その他の不足物品 及び連絡事項等	※上記の項目に含まれない情報(必要物品、ボランティア要請、 等々)を記入してください。ボランティア要請の場合には、患 者監視装置のメーカー名をはじめ業務内容や条件等できるだ け具体的に記述してください。		
血液透析要請	年 月 日： _____ 人 年 月 日： _____ 人 年 月 日： _____ 人		
患者移動手段	1 移送不要 2 一般車 3 救急車 4 警察車両 5 自衛隊車両 6 病院車 7 船舶 8 航空機 9 移動手段なし ※○で囲んでください。(複数選択可) ※移送に関する情報がない場合は選択不要です。		
PD受入れ	1 未確認 2 受入可 3 受入不可 ※○で囲んでください。 (受入可の場合→) 受入可能人数： _____ 人		
PD対応可能システム	1 バクスター 2 テルモ 3 JMS 4 日機装 ※○で囲んでください。		
透析室貸出し可能	① _____ 床 ② 曜日と時間帯 _____ ※空き時間等を利用して透析室を貸し出せる場合の透析室床数 を入力してください。透析室を借りる施設はスタッフと患者、 場合によってはダイアライザなどを持参して透析を行うため の項目です。		
血液透析受入れ可能	年 月 日： _____ 人 年 月 日： _____ 人 年 月 日： _____ 人		
ボランティア派遣可能	医師： _____ 人 臨床工学技士： _____ 人 看護師： _____ 人		

透析患者個人票

No.

氏名				性別	男・女	生年月日	T・S・H ・ ・ (歳)	
住所	〒							
電話番号	自宅			携帯				
病名(腎不全以外の病名も記載)								
通院している病院の所在と名称								
区市町村					病院名			
従来の透析回数			週 回		最終透析日		月 日(透析時間) 時間	
DW	kg	感染	HB Ag()、HCV()、HIV()、梅毒、その他			血液型	(+、 -)	
禁忌薬								
家族等付き添い		有・無	氏名				続柄	
ADLについて (○)をする		1	移動(全介助 一部介助 自立)				車椅子 : 有・無 使用状況	
		2	食事(全介助 一部介助 自立)					
		3	排泄(全介助 一部介助 自立)					
		4	入浴(全介助 一部介助 自立)					
通院する (○)をする		1	公共交通機関を使って自立で通院できる					
		2	介助があれば公共交通機関を使って通院できる。					
		3	介助があっても公共交通機関では通院できない。					

