

患者緊急連絡先チェックシート（平時の準備）

施設名： _____

作成者： _____ 作成日： _____

更新者： _____ 更新日： _____

患者緊急連絡先一覧

No	患者名	緊急連絡先 1 (家族)	緊急連絡先 2 (家族)	緊急連絡先 3 (その他)	確認
1	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
2	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
3	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
4	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
5	_____	続柄：_____	続柄：_____	続柄：_____	<input type="checkbox"/> 済

No	患者名	緊急連絡先 1 (家族)	緊急連絡先 2 (家族)	緊急連絡先 3 (その他)	確認
		名 前： _____ 電 話： _____	名 前： _____ 電 話： _____	名 前： _____ 電 話： _____	
6	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
7	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
8	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
9	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
10	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
11	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済

No	患者名	緊急連絡先 1 (家族)	緊急連絡先 2 (家族)	緊急連絡先 3 (その他)	確認
		電 話： _____	電 話： _____	電 話： _____	
12	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
13	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
14	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済
15	_____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	続柄：_____ 名 前： _____ 電 話： _____	<input type="checkbox"/> 済

確認・更新管理

☐ 緊急連絡先の定期確認：☐ 年2回実施 ☐ 年4回実施 ☐ その他（_____）

☐ 連絡方法の事前確認：☐ 実施済 ☐ 要実施

（☐ 固定電話 ☐ 携帯電話 ☐ メール ☐ その他：_____）

☐ 災害時連絡体制の説明：☐ 実施済 ☐ 要実施

説明内容：☐ 施設の被災状況連絡 ☐ 透析実施可否の連絡 ☐ その他：_____

患者・家族への事前指導確認

- ☐ 自己管理の指導：☐ 実施済 ☐ 要実施
(☐ 体重管理 ☐ 食事管理 ☐ 服薬管理 ☐ 避難所での食事注意)
- ☐ 緊急時の行動指導：☐ 実施済 ☐ 要実施
(☐ 透析中の行動 ☐ 避難方法 ☐ 安否報告方法 ☐ 避難場所)
- ☐ 緊急離脱方法の指導：☐ 実施済 ☐ 要実施
- ☐ 食品栄養成分表の配布：☐ 実施済 ☐ 要実施

定期更新と確認

前回更新日： _____ 更新確認者： _____

次回更新予定日： _____ 更新予定者： _____

要更新患者（該当者の No 記入）： _____

備考：

責任者確認： _____ 確認印： _____