

備蓄物資点検チェックシート（平時の準備）

施設名： _____

点検実施者： _____ 点検日： _____

点検責任者： _____ 確認日： _____

透析関連器材の備蓄状況

物品名	通常在庫	備蓄数量	使用期限	状態
ダイアライザー	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
回路セット	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
透析液（A 液）	_____L	_____L	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
透析液（B 液）	_____L	_____L	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
生理食塩水	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
穿刺針	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
透析用カテーテル	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換

透析関連医薬品の備蓄状況

医薬品名	通常在庫	備蓄数量	使用期限	状態
ヘパリン	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換

医薬品名	通常在庫	備蓄数量	使用期限	状態
エポジン	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
降圧剤	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
昇圧剤	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
抗痙攣剤	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
緊急薬剤	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換
その他	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要交換

ライフライン関連備蓄状況

☐ 電力関連：

☐ 自家発電用燃料：_____ L （_____ 時間分）

☐ バッテリー：☐ 充電済 予備バッテリー：_____ 個

☐ 水関連：

☐ 透析用水：貯水量_____ m³ （_____ 日分）

☐ 飲料水：_____ L （_____ 日分）

☐ 食料関連：

☐ スタッフ用食料：_____ 食分 （_____ 日分）

☐ 患者用補食：_____ 食分

通信・情報機器の備蓄状況

機器名	数量	動作確認	備考
-----	----	------	----

携帯電話・スマートフォン	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
衛星電話	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
携帯ラジオ	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
携帯テレビ	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
懐中電灯	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
ランタン	_____	<input type="checkbox"/> 良好	
ハンドマイク	_____	<input type="checkbox"/> 良好	

業者調達体制の確認

☐ 透析器材業者との災害時調達協定：☐ 締結済 ☐ 要締結

連絡先確認：☐ 確認済 担当者：_____

☐ 医薬品業者との災害時調達協定：☐ 締結済 ☐ 要締結

連絡先確認：☐ 確認済 担当者：_____

☐ 食料業者との災害時調達協定：☐ 締結済 ☐ 要締結

連絡先確認：☐ 確認済 担当者：_____

☐ 燃料業者との災害時調達協定：☐ 締結済 ☐ 要締結

連絡先確認：☐ 確認済 担当者：_____

改善事項・次回点検予定

要改善・補充事項：

1. _____

2. _____

3. _____

次回点検予定日： _____ 実施予定者： _____

点検責任者確認： _____ 確認印： _____