

## 患者安全・スタッフ安否チェックシート（発災直後対応）

施設名： \_\_\_\_\_

発災日時： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

確認者： \_\_\_\_\_ 確認開始時刻： \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

### 患者安全確認

☐ 施設内患者の安全最優先確保：☐ 実施完了 ☐ 実施中 ☐ 要支援

☐ 負傷者確認：☐ なし ☐ あり（\_\_\_\_\_名）

負傷者詳細： \_\_\_\_\_

☐ 応急処置：☐ 不要 ☐ 実施済 ☐ 実施中

処置内容： \_\_\_\_\_

☐ 心理的ケア：☐ 実施済 ☐ 実施中 ☐ 要継続

対応状況： \_\_\_\_\_

☐ 透析治療中の対応：☐ 継続判断 ☐ 中止判断 ☐ 治療中なし

継続・中止の理由： \_\_\_\_\_

### スタッフ安否確認

☐ 緊急連絡システムの活用：☐ 一斉メール ☐ SNS グループ ☐ 電話連絡網

スタッフ安否確認状況：

スタッフ名	安否確認	負傷状況	参集可否	備考
_____	<input type="checkbox"/> 確認済	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可能	

スタッフ名	安否確認	負傷状況	参集可否	備考
	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
_____	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	

**スタッフ安否確認集計：**

総スタッフ数：\_\_\_\_\_名 確認済み：\_\_\_\_\_名 未確認：\_\_\_\_\_名

負傷者：\_\_\_\_\_名 参集可能：\_\_\_\_\_名 参集不可：\_\_\_\_\_名

**ネットワーク本部への報告**

☐ 報告実施時刻： \_\_\_\_時 \_\_\_\_分    報告手段：☐ 電話    ☐ メール    ☐ その他

☐ 患者安否報告：☐ 完了    ☐ 一部完了    ☐ 未完了

施設内患者数： \_\_\_\_名    負傷患者数： \_\_\_\_名

☐ スタッフ安否報告：☐ 完了    ☐ 一部完了    ☐ 未完了

参集可能スタッフ数： \_\_\_\_名    スタッフ負傷者数： \_\_\_\_名

☐ 透析実施状況報告：☐ 継続可能    ☐ 一部制限    ☐ 実施困難

☐ 支援要請：☐ なし    ☐ 人員支援    ☐ 物資支援    ☐ 患者搬送

要請内容： \_\_\_\_\_

### 患者・家族への情報提供

☐ 透析実施状況の連絡：☐ 実施済    ☐ 実施中    ☐ 未実施

☐ 代替手段の案内：☐ 実施済    ☐ 実施中    ☐ 未実施

☐ 緊急連絡先への連絡：☐ 完了    ☐ 一部完了    ☐ 未完了

連絡方法：☐ 電話    ☐ メール    ☐ その他： \_\_\_\_\_

### 記録と次回行動

確認完了時刻： \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

重要事項・課題：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

次回確認予定時刻： \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

確認責任者： \_\_\_\_\_    確認印： \_\_\_\_\_