

初動対応チェックシート（発災後1～3時間）

施設名： _____

記録者： _____

記録日時： _____年____月____日 ○ 午前 ○ 午後 ____時____分

1. 内部体制確立

- ☐ 施設内災害対策本部を立ち上げる

立ち上げ完了時刻：____時____分 本部長： _____

- ☐ 状況共有・指示系統を確立する

体制確立時刻：____時____分 参加スタッフ数： _____人

- ☐ 通信手段を確保する

☐ 固定電話 ☐ 携帯電話 ☐ 衛星電話 ☐ 防災無線

利用可能通信手段： _____

2. 詳細被災状況報告（発災後1時間）

2-1. 福井県透析施設ネットワーク本部への報告

- ☐ 透析設備の損傷・稼働状況を報告する

報告完了時刻：____時____分 報告者： _____

稼働可能台数： _____台／総 _____台

損傷詳細： _____

- ☐ ライフラインの使用可否を報告する

電気： ○ 使用可能 ○ 一部制限 ○ 使用不可

水道： ○ 使用可能 ○ 一部制限 ○ 使用不可

ガス： ○ 使用可能 ○ 一部制限 ○ 使用不可

通信： ☐ 使用可能 ☐ 一部制限 ☐ 使用不可

☐ **施設へのアクセス道路状況を報告する**

主要アクセス路：☐ 通行可能 ☐ 通行困難 ☐ 通行不可

詳細状況：_____

☐ **医薬品・医療材料の被害状況を報告する**

☐ 問題なし ☐ 一部破損 ☐ 大幅破損

破損詳細：_____

3. 運営判断・支援要請準備

☐ 透析継続の可否を判断する

☐ 継続可能 ☐ 一部制限あり ☐ 継続不可

判断根拠：_____

☐ 支援が必要な患者数を算出し緊急度を分類する

高緊急度（赤）：_____人 中緊急度（黄）：_____人 低緊急度（緑）：_____人

☐ 必要支援内容を整理する

☐ 人員支援 ☐ 物資支援 ☐ 患者搬送

詳細要請内容：_____

☐ 受け入れ可能患者数を算定する

緊急受入：_____人 当日受入：_____人 翌日受入：_____人

4. 運営可否・支援要請報告（発災後3時間）

4-1. 福井県透析施設ネットワーク本部への報告

☐ 透析継続の可否と理由を報告する

報告完了時刻：____時____分 報告者：_____

継続判断：☐ 継続可能 ☐ 一部制限 ☐ 継続不可

理由：_____

☐ 支援が必要な患者数と緊急度分類を報告する

支援必要患者総数：_____人

内訳：高緊急度_____人、中緊急度_____人、低緊急度_____人

☐ 必要な支援内容を報告する

☐ 人員派遣要請 ☐ 物資支援要請 ☐ 患者搬送要請

詳細要請内容：_____

☐ 受け入れ可能患者数を報告する

受入可能総数：_____人

内訳：緊急_____人、当日_____人、翌日_____人

5. 初動対応記録

☐ 初動対応記録を作成・更新する

5-1. 災害発生からの状況記録

発災時刻： ____ 時 ____ 分 災害種別： _____

主な被害状況：

5-2. 実施した対応・判断内容記録

時刻： ____ 時 ____ 分 対応内容： _____

時刻： ____ 時 ____ 分 対応内容： _____

時刻： ____ 時 ____ 分 対応内容： _____

時刻： ____ 時 ____ 分 対応内容： _____

5-3. スタッフ行動記録

スタッフ名： _____ 主な対応： _____

スタッフ名： _____ 主な対応： _____

スタッフ名： _____ 主な対応： _____

5-4. 患者状況変化記録

患者名： _____ 状況変化： _____

患者名： _____ 状況変化： _____

患者名： _____ 状況変化： _____

5-5. 外部連絡記録

時刻：____時____分	連絡先：_____	内容：_____
時刻：____時____分	連絡先：_____	内容：_____
時刻：____時____分	連絡先：_____	内容：_____

総合確認：

- ☐ 内部体制確立完了
- ☐ 詳細被災状況報告（1 時間）完了
- ☐ 運営判断・支援要請準備完了
- ☐ 運営可否・支援要請報告（3 時間）完了
- ☐ 初動対応記録作成・更新完了

最終確認者：_____

確認日時：_____年____月____日 ○ 午前 ○ 午後 ____時____分