

透析実施困難施設対応チェックシート

施設名： _____

記録者： _____

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

1. 患者安否確認と病態把握

1-1. 透析患者安否確認

1. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

2. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

3. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

4. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

5. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

6. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

7. 患者名： _____ 最終透析日： _____年____月____日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

8. 患者名： _____ 最終透析日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

9. 患者名： _____ 最終透析日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

10. 患者名： _____ 最終透析日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (____)

安否確認： ☐ 確認済 緊急度： ☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

1-2. 緊急度評価基準

☐ **高緊急度**： 最終透析から 96 時間以上経過、高カリウム血症、肺水腫、呼吸困難、意識レベル変化

☐ **中緊急度**： 最終透析から 72 時間以上経過、軽度の体液過剰

☐ **低緊急度**： 最終透析から 48 時間未満、症状軽微

2. 搬送先施設の選定

2-1. ネットワーク情報確認

福井県透析施設ネットワークからの情報収集： ☐ 済

情報源・連絡先： _____

2-2. 受入可能施設リスト

※ ネットワークからの情報を元に記載

1. 施設名： _____ 連絡先： _____

受入可能数： _____人 確認時刻： _____時____分

備考： _____

2. 施設名： _____ 連絡先： _____

受入可能数： _____人 確認時刻： _____時____分

備考： _____

3. 施設名： _____ 連絡先： _____

受入可能数： _____人 確認時刻： _____時____分

備考： _____

4. 施設名： _____ 連絡先： _____

受入可能数： _____人 確認時刻： _____時____分

備考： _____

5. 施設名： _____ 連絡先： _____

受入可能数： _____人 確認時刻： _____時____分

備考： _____

3. 搬送手段の確保

3-1. 搬送手段選択

☐ 自家用車 利用可能

連絡先・調整結果： _____

☐ **救急車** 手配済

連絡先・調整結果： _____

☐ **消防車両** 手配済

連絡先・調整結果： _____

☐ **DMAT 車両** 手配済

連絡先・調整結果： _____

☐ **その他** (_____) 手配済

連絡先・調整結果： _____

4. 情報伝達

4-1. 搬送先への患者情報伝達

1. 患者名： _____ 搬送先施設： _____

伝達完了： ☐ 済 伝達日時： ____月____日 ____時____分

伝達内容： ☐ 透析条件 ☐ シェント情報 ☐ 既往歴 ☐ 内服薬 ☐ 緊急連絡先

2. 患者名： _____ 搬送先施設： _____

伝達完了： ☐ 済 伝達日時： ____月____日 ____時____分

伝達内容： ☐ 透析条件 ☐ シェント情報 ☐ 既往歴 ☐ 内服薬 ☐ 緊急連絡先

3. 患者名： _____ 搬送先施設： _____

伝達完了： ☐ 済 伝達日時： ____月____日 ____時____分

伝達内容： ☐ 透析条件 ☐ シェント情報 ☐ 既往歴 ☐ 内服薬 ☐ 緊急連絡先

総合確認：

☐ 全患者の安否確認完了

☐ 搬送先施設の確保完了

☐ 搬送手段の確保完了

☐ 患者情報の伝達完了

最終確認者： _____

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