

施設設備点検チェックシート（発災直後対応）

施設名： _____

発災日時： _____年____月____日____時____分

点検実施者： _____ 点検開始時刻： _____時____分

建物・構造物の緊急安全点検

☐ 建物外観の損傷確認：☐ 損傷なし ☐ 軽微な損傷 ☐ 重大な損傷

損傷箇所の詳細： _____

☐ 建物内部の損傷確認：☐ 損傷なし ☐ 軽微な損傷 ☐ 重大な損傷

(☐ 壁面 ☐ 天井 ☐ 床面 ☐ 柱・梁 ☐ その他)

☐ 透析室の安全性：☐ 使用可能 ☐ 一部制限 ☐ 使用不可

制限・不可理由： _____

☐ 避難経路の確保：☐ 確保済 ☐ 一部阻害 ☐ 阻害・不通

阻害箇所： _____

ライフラインの緊急確認

☐ 電力供給状況：☐ 正常 ☐ 一部停電 ☐ 全停電

☐ 自家発電装置：☐ 正常稼働 ☐ 要点検 ☐ 故障 ☐ 無

稼働予定時間： _____ 燃料残量： _____

☐ 上水道供給状況：☐ 正常 ☐ 水圧低下 ☐ 断水

☐ 透析用水確保：☐ 確保済 ☐ 要調整 ☐ 確保困難

貯水状況： _____m³（推定_____時間分）

☐ ガス供給状況：☐ 正常 ☐ 供給停止 ☐ 該当なし

☐ 通信手段確認：☐ 正常 ☐ 一部不通 ☐ 通信不可

(☐ 固定電話 ☐ 携帯電話 ☐ インターネット ☐ その他)

透析関連設備の緊急点検

設備名	損傷・異常	機能状況	対応要否
透析液作成装置	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要対応
透析用監視装置 (コンソール)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要対応
透析ベッド	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要対応
水処理装置	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要対応
透析用配管	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要対応

設備異常の詳細：

1. _____

2. _____

3. _____

緊急時対応物品の確認

☐ 停電時対応：☐ 懐中電灯確保 ☐ バッテリー確保 ☐ ランタン確保

☐ 通信機器：☐ 携帯電話使用可 ☐ ハンドマイク使用可 ☐ ラジオ使用可

☐ 救急処置物品：☐ 確保済 ☐ 一部確保 ☐ 要調達

不足物品：_____

☐ AED・救急カート：☐ 正常 ☐ 要点検 ☐ 使用不可

透析継続可否の総合判断

☐ 透析実施可否：☐ 継続可能 ☐ 条件付可能 ☐ 実施困難

☐ 患者受入可能数：通常の_____％（_____名程度）

☐ 制限・困難理由：

（☐ 建物損傷 ☐ 電力不足 ☐ 水不足 ☐ 設備故障 ☐ スタッフ不足）

具体的な制約事項：

1. _____

2. _____

報告・連絡事項

☐ ネットワーク本部への第一報：☐ 実施済 ☐ 実施中 ☐ 要実施

報告時刻：_____時_____分 報告者：_____

☐ 関係機関への連絡：☐ 実施済 ☐ 実施中 ☐ 要実施

（☐ 消防署 ☐ 警察 ☐ 病院 ☐ 電力会社 ☐ 水道局）

☐ 次回点検予定：_____時間後（_____時_____分予定）

点検完了時刻：_____時_____分

点検責任者：_____ 確認印：_____