様式2号 【災害透析コーディネーター（ブロック担当）→災害透析コーディネーター（総括）】

透析医療機関 被災状況一覧

月 日 時 分
災害透析コーディネーター名
ブロック名
連絡先 TEL FAX MAIL

要請

月 日 時 分
災害透析コーディネーター名（総括）
連絡先 TEL FAX MAIL

○または×を記入

○または×を記入

○または×を記入

No	透析施設名	被災の有無	透析の可否	透析不可の理由（該当箇所に〇）												透析不可	透析室貸出	その他の不足物品や連絡事項等
				施設被害	停電	水不足	ガス使用不可	スタッフ不足	透析物品不足	緊急対応のため	透析液供給装置使用不可	末端装置使用不可	個人装置使用不可	水処理装置使用不可	その他	スタッフ派遣		
1																Dr 人 Ns 人 ME 人		
2																Dr 人 Ns 人 ME 人		
3																Dr 人 Ns 人 ME 人		
4																Dr 人 Ns 人 ME 人		
5																Dr 人 Ns 人 ME 人		

次ページ なし / あり （ 枚目 / 枚 ）