

兵庫県内在住
透析患者さんへ



“いのち”への優しさと思いやり

NPO法人 兵庫県腎友会
会長 森 利孝

「兵庫県透析患者災害時支援名簿」登録のご案内

長期にわたり定期的な治療を要する私達透析患者にとって、災害時における透析医療の確保や、透析医療機関への通院確保等は、生命維持のために欠かすことのできない条件です。また、現在の透析患者の高齢化と治療の長期化・合併症等々を考えると、平素の患者個々の対策と合わせて行政・医療機関及び関係機関・団体等による支援体制の整備は不可欠と言えます。

そこで、兵庫県及び兵庫県透析医会の協力をいただき、県内透析患者の災害時における支援に活用するため、標記「名簿」の作成を行うことになりました。

以下の趣旨・取組要綱等々を充分ご確認ください、「名簿」登録にご協力いただきますようご案内申し上げます。

なお、登録に際しては、ご家族等と充分ご相談のうえご記入・提出いただきますようお願い申し上げます。

【取組趣旨】

あの阪神淡路大震災では、神戸市内のほとんどの透析施設で透析ができなくなり、患者は電車やバスが不通になった西宮まで避難先から歩き、大阪の透析病院にたどり着いた方が多くおられました。あれから十数年が過ぎ、あの災害を透析患者として体験された方も少なくなりました。また、透析患者の平均年齢も60代半ばと高齢化が進むと共に、合併症も重なって自力では通院も困難な方が多くなりました。これから、東南海・南海地震や風水害などが発生すれば、透析患者の多くは、支援なしでは避難や通院は極めて困難となることが想定されます。

兵庫県腎友会においては、この対策の一つとして、兵庫県に在住される透析患者の名簿を作成し、市町の防災・福祉関係部署や消防本部などに提供することによって、災害時における透析患者支援の一助としていただきたいと考えています。

【名簿の目的】

この名簿は、兵庫県及び市町の防災関係や消防署などに対し、兵庫県に在住し、かつ兵庫県下の透析施設で治療する透析患者名簿を提供し、災害時支援の一助とします。

【個人情報の取り扱い】

この名簿に記載する個人情報は、支援に必要な最小限にとどめ、また、目的以外に使用しないこと、他人に洩らさないよう最善の注意をはらっております。しかし、その目的上、次のところに提供されることをご承知ください。

兵庫県及び居住する市町

- ①防災・福祉関係部署、民生委員
- ②消防本部、消防団、自治会長(自主防災組織リーダー)
- ③通院している透析施設

※なお、登録申込書の冒頭に「同意確認」の欄を設けてありますので、この趣旨に賛同される方は署名・捺印のうえご登録ください。(緊急連絡先の対象となる方の了解も得てください。)

【助成と協力について】

この名簿作成事業には、日本郵政公社・兵庫県・兵庫県透析医会から、次の助成や協力を受けています。

- ①日本郵政公社には、名簿作成に関わる資金の補助を受けています。
- ②兵庫県には、名簿や申込書作成に関して協力をいただいております。
- ③兵庫県透析医会には、名簿作成や申込書配布に関わる協力をいただいております。

【日頃の心がけ】

この名簿に登録されていても、災害の規模や状況によっては、必ずしも支援を受けられるわけではございません。できる限り自力で、また、家族やご近所の支援を受けて早めに避難することが必要です。

- ①「避難勧告」「避難指示」等が出た場合は、速やかに避難する。
- ②「避難先」を確認しておく。
- ③通院している交通機関が不通になった時の「他の通院手段」を考えておく。
- ④通院している透析施設が被災した時の「他の透析施設」を考えておく。
- ⑤自分の「基礎体重(ドライウエイト)」を覚えておく。
- ⑥2・3日分の薬を携帯しておく。

【避難先等では】

この名簿に登録された方には、「透析患者」と分かる名札をお渡しします。お互いに安否を確認し、透析施設や腎友会など可能なところへ連絡してください。

◆お問い合わせ等◆

NPO法人兵庫県腎友会 事務局

〒650-0012 神戸市中央区北長狭通 5-1-21 福建会館ビル 6階

電話 078(371)4382 FAX078(371)8840

<http://homepage2.nifty.com/npohyojin/>

E-mail : npohyojin@nifty.com

登録内容に変更があった場合には、その都度、NPO法人兵庫県腎友会まで、変更内容をお届けください。

【登録用紙の記入と提出について】

(別紙登録用紙在中)

必要事項を記入の上、同封の専用封筒(80円切手が必要です)にてご返送ください。

(【登録申込書記入例】を裏面に印刷しております。)

(1) 記入上の注意点

- 本人氏名の署名欄には印鑑を押してください。
- ご本人が記入できない時は、代理の方が記入してください。その時は代理の方の印鑑を押してください。
- 各項目すべて記入してください。記入漏れがあると、登録できません。(特に病院名をお忘れなく)

(2) 登録後、名札及び個人状況確認表をお届けしますので内容に誤りがないかをご確認ください。名札に記載される事項は

- ①本人氏名 (お読みできないお名前がございますので、必ずふりがなを記入してください。)
- ②本人住所
- ③本人電話番号
- ④緊急連絡先氏名
- ⑤緊急連絡先電話番号
- ⑥病院名 必ずご記入ください。

名札見本 (後日、黄色のカードが届きます)

腎友 太郎	←	① 本人氏名
神戸市中央区北長狭通〇〇-〇	←	② 本人住所
090-1234-5678	←	③ 本人電話番号 (指定された番号)
緊急連絡先		
腎友 花子	←	④ 緊急連絡先氏名
078-123-4567	←	⑤ 緊急連絡先電話番号 (指定された番号)
透析施設		
〇〇病院	←	⑥ 病院名
078-371-〇〇〇〇	←	⑦ 病院電話番号

登録内容に変更があった場合には、その都度、NPO法人兵庫県腎友会まで、変更内容をお届けください。

兵庫県透析患者災害時支援名簿 申込書 (記入例)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

兵庫県腎友会 御中

私は、災害発生時などに支援を受けたいので、「兵庫県透析患者災害時支援名簿」への登録を申し込みます。

また、同名簿の登録制度の取組趣旨、名簿の使用目的等に同意し、登録した個人情報については、同制度運用のため必要な範囲で県、市町行政区、自治会(自主防災組織)、消防及び民生委員へ提供することに同意します。

本人氏名 **腎友 太郎** □

本人様が記入できない場合

代理人 住所 **神戸市中央区北長狭通〇〇-〇〇** 氏名 **腎友 花子** □(続柄 **妻**)

ふりがな 氏名	じんゆう たろう 腎友 太郎 (患者様のお名前及びふりがなをお書きください)			
生年月日	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県 神戸 (<input checked="" type="radio"/> 市・町) 中央区北長狭通〇〇-〇 (郵便番号及びご住所をお書きください)			
名札掲載番号	078 - 123 - 4567 ←	この番号が名札に記載されます		
第2電話番号	090 - 1234 - 5678			
本人生活環境等について (*何れかに○を付けてください。)				
住居状況	独居 同居 [夫・ <input checked="" type="radio"/> 妻] 親・子・兄弟・姉妹・その他()			
生活状況	自力歩行	<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 不可	車椅子使用	有 ・ 無
	聴力障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無
	認知症	有 ・ 無	インスリン使用	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
治療方法	<input checked="" type="radio"/> 血液透析 ・ 腹膜透析(CAPD)			
緊急連絡先				
ふりがな 氏名	じんゆう はなこ (お名前及びふりがなを 腎友 花子 お書きください)		続柄	親・子・兄弟・姉妹 <input checked="" type="radio"/> 配偶者・他()
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神戸市中央区北長狭通〇〇-〇 (郵便番号及びご住所を記入ください)			
名札掲載番号	078 - 123 - 4567 ←	この番号が名札に記載されます		
第2電話番号	080 - 8765 - 4321			
通院(入院)透析医療機関				
病院名	〇〇〇〇〇病院(クリニック・医院) (通院施設名を記入してください)			
特記事項				

※腎友会記入欄

登録年月日	年 月 日	登録番号	会員
廃止年月日	年 月 日	地域コード	非会員

兵庫県透析患者災害時支援名簿 申込書

平成 年 月 日

兵庫県腎友会 御中

私は、災害発生時などに支援を受けたいので、「兵庫県透析患者災害時支援名簿」への登録を申し込みます。
 また、同名簿の登録制度の取組趣旨、名簿の使用目的等に同意し、登録した個人情報については、同制度運用のため必要な範囲で県、市町行政区、自治会(自主防災組織)、消防及び民生委員へ提供することに同意します。

本人氏名 _____ □

代理人 住所 _____ 氏名 _____ □(続柄 _____)

ふりがな 氏名					
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所	〒 _____	兵庫県	(市・町)		
名札掲載番号	—	—			
第2電話番号	—	—			
本人生活環境等について (*何れかに○を付けてください。)					
住居状況	独居 同居〔夫・妻・親・子・兄弟・姉妹・その他()〕				
生活状況	自力歩行	可 ・ 不可	車椅子使用	有 ・ 無	
	聴力障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	
	認知症	有 ・ 無	インスリン使用	有 ・ 無	
治療方法	血液透析 ・ 腹膜透析(CAPD)				
緊急連絡先					
ふりがな 氏名			続柄	親・子・兄弟・姉妹 配偶者・他()	
住所	〒 _____				
名札掲載番号	—	—			
第2電話番号	—	—			
通院(入院)透析医療機関					
病院名					
特記事項					
※腎友会記入欄	登録年月日	年 月 日	登録番号	会員	
	廃止年月日	年 月 日	地域コード	非会員	