【様式－４】　受援医療機関　用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（受援施設　→　北海道および事業担当者）

北海道知事　様　（保険福祉部健康安全局地域課）様

**ならびにCOVID-19透析スタッフ支援事業本部**様　（事業担当者　宛て）

　**派　遣　要　請　書**

|  |
| --- |
| 派遣依頼日　　　　　　　 　　令和　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　（　　　　時　　　　分　　現在）当施設において下記の通り、透析支援看護師・臨床工学技士の派遣を要請致します。 |
| 代表者 連絡先 | （フリガナ） |  |
| 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名： |
| 所属： |  | 役職： |  |
| 〒 |  |
| 住　所： |  |
| TEL： |  | FAX： |  |
| E - mail： |  |
| 派遣希望の理由（〇で選択ください） | ・当施設において、感染症のクラスターが発生したため・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣希望業務内容（〇で選択ください） | Ns: ・ 人工透析看護業務　・　透析患者搬送　・　　体重測定　・　穿刺　・　返血　・　透析中の状態観察、およびバイタルサイン測定　・　環境整備　・　シーツ交換　CE: ・ 人工透析業務　・ 人工透析関連機器の保守その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣希望人数 | 看護師　　　　　　　　人、　臨床工学技士　　　　　　　人 |
| 派遣希望期間（予定を〇で選択ください） | ・３～５日程度・１週間程度・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受援施設等の状況（〇で選択ください） | 感染者数　　　　　　　人　感染管理専門家等の相談（　必要　・　不要　・他　　　）ゾーニング（　未　・　済　・他　　　　　　　　　　　） |
| 個人防護具の有無等1…十分ある　　　　2…ある3…不足している　 4…ない | 医療用マスク(　　)　N95マスク(　　)　手袋(　　) ゴーグル(　　)フェイスシールド(　　) キャップ(　　)　シューズカバー(　　)　 エプロン(　　) 上靴(　　) アイソレーションガウン(　　)　 |
| その他 （連絡事項） |  |

|  |
| --- |
| * 事業本部記載欄： 登録日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日
 |