情報共有シート（関係者記入用）

№

この情報共有シートは、医療機関、葬儀業者等、火葬場へと遺体が移動していく中で、遺体と遺族等の方への対応に関する情報を共有することで、葬儀、火葬等を円滑に執り行っていくことを目的に作成しています。

各関係者は、下記の該当する項目についてあてはまるものを「〇」で囲むか、該当事項を記入してください。次の過程の業務に従事する方のために、ご協力をお願いいたします。

（わかる範囲でご記入ください）

（亡くなられた方）　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女

生年月日：　　　　年 　月 　日　　死亡年月日：令和　 年　 月　 日

医療機関名：

火葬予定日時：令和　 年　 月　 日

１５時００分

●非透過性納体袋　素材（　透明　・　非透明　）

顔が見えるようになっているか（　はい　・　いいえ　）

●非透過性納体袋（インナーを含む）の外側の消毒　□←実施したらチェック

使用薬剤（　アルコール　・　次亜塩素酸ナトリウム

その他：薬剤名記入　　　　　　　　　　　　　　　　　）

消毒方法（　清拭　・　その他：　　　　　　　　　　　　　）

●棺（納棺後）の外側の消毒　□←実施したらチェック

●棺（納棺後）の目張り　　　□←実施したらチェック

使用薬剤（　アルコール　・　次亜塩素酸ナトリウム

その他：薬剤名記入　　　　　　　　　　　　　　　　　）

消毒方法（　清拭　・　その他：　　　　　　　　　　　　　）

●遺族等の方の代表者（　　　　　　　　　　　）続柄：

（連絡先）電話番号：

●遺族等の方の患者（遺体）との面会の実施状況　（　有　・　無　）

あれば特記事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●長南聖苑に来る業者の人数（　　　人）

●長南聖苑に来る業者の打合せの状況（対面・オンライン等）

●長南聖苑に来る業者の感染防護対策（　有　・　無　）

有の場合その内容（感染防護衣・マスク・手袋・ゴーグル・シューズカバー・フェイスシールド

その他:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●その他の留意事項（ペースメーカー及び体内金属等の有無など）

（連絡先）業者名：

担当者：　　　　　　　　　　電話番号：

※記入欄は、必要に応じ、追加、修正等をしてください。