

情報共有シート（関係者記入用）

No.

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「○」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。