

●別添 1

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、葬儀会館等、火葬場へと遺体移動していく中で、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している方のために、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：

生年月日：

死亡年月日：

関係者	申し送り事項
医療従事者	●エンゼルメイクの有無（ 有 ・ 無 ） ●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：方法記入 ） ●遺族等の方の代表者（ ） 例：長男 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 （ ） ●その他の留意事項 （ ） 例：棺の外側を消毒 （連絡先）施設名： 担当者： 電話番号：
遺体等を取り扱う事業者の方	●遺族等の方の代表者（ ） 例：長男 遺族等の方の遺体との面会の実施状況（ 有 ・ 無 ） あれば特記事項 （ ） ●その他の留意事項 （ ） （連絡先）事業者名： 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。

●別添 2

情報共有シート（遺族等記入用）

この情報共有シートは、ご遺族等の方から必要な情報を共有していただくことで、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。

ご遺族等の方は、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。葬儀、火葬等に関わる方々のために、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）。

1 記入者のお名前：

ご関係：〔 父 ・ 母 ・ 子 ・ 配偶者 ・ 孫 ・ その他 （ ） 〕

2 葬儀、火葬等に立ち会われる予定の方に、濃厚接触者の方はいらっしゃいますか。

（ 有 ・ 無 ） 「有」とご回答の方 → 下記3の回答もお願いします。
「無」とご回答の方 → 質問は以上となります。

3 葬儀、火葬等に立ち会われる予定の方で、濃厚接触者の方全員のお名前（番号の横にご記入ください）と症状の有無、PCR 検査実施の有無とその結果をお教えてください。

- | | |
|---|--------------------------------|
| ① | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ② | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ③ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ④ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑤ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑥ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑦ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑧ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑨ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |
| ⑩ | 症状：（有・無）、PCR 検査（有・無）→結果（陽・陰・未） |

上記以外に濃厚接触者の方がいらっしゃる場合やその他特記事項があれば、以下に記載をお願いします。

感染防止の観点から、濃厚接触者の方は発症のリスクがあることを踏まえて、特に症状のある場合については、対面での打合せや葬儀、火葬への参列をご遠慮いただき、オンライン等の手段を活用した参加等をお願いしてください。