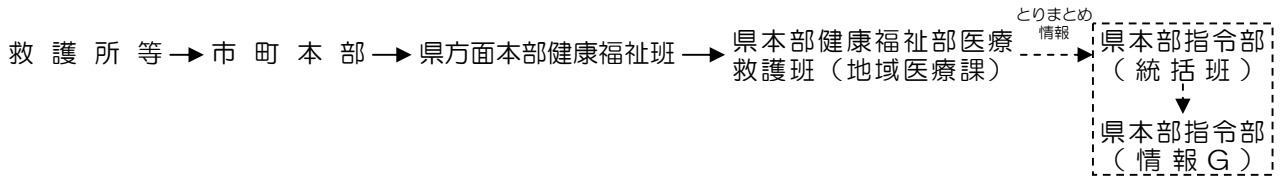


様式332-1 救護所等の開設状況

報告日時： 年 月 日 時 分
 報告組織・担当者名：



1 救護施設等開設状況

	救護所	その他	備考
開設済数	箇所	箇所	

2 県方面本部健康福祉班記入欄

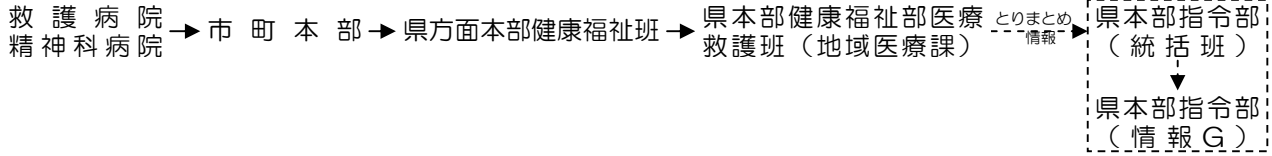
- (1) 報告日時： 年 月 日 時 分
 (2) 健康福祉班名：
 (3) 報告者：

市町名	救護所	その他	備考

様式332-2 救護病院等の開設・被害状況

【処理欄】医療ネットしずおか入力：

報告日時： 年 月 日 時 分
 報告組織・担当者名：



- 1 病院名：
- 2 救護病院等情報

(1) 救護病院等の連絡先 電話： FAX：

- 3 救助活動の可・不可：
 - (1) 救護活動の可・不可 要(可)・否(不可)
 - (2) 緊急連絡要請： 要(可)・否(不可)
 - (3) 診療可否： 要(可)・否(不可)

4 手術機能等の状況（該当する箇所に○印を記入）

区分	手術機能	検査機能	病棟機能	給食機能
(1) ほぼ計画どおり可能				
(2) 一部対応不能				
(3) 全く対応不能				

5 職員の状況（該当する箇所に○印を記入）

区分	医師	薬剤師	看護師	技師	その他職
(1) ほぼ計画どおり可能					
(2) 一部対応不能					
(3) 全く対応不能					

6 建物の状況（該当する箇所の摘要欄に○印を記入）

区分	摘要
(1) ほとんど影響がない	
(2) 一部対応不能	
(3) 全く対応不能	

7 ライフライン等（電気、ガス、水、空調）の状況（該当する箇所に○印を記入）

区分	正常	使用不可	区分	正常	使用不可
電気系統			自家発電燃料		
水			電話系統		
ガス系統			プロパンガス		
自動車交通可否			徒歩交通可否		
空調			その他		

8 空床状況

一般病床数	空床数	仮設ベッド数

備考（その他、補足する情報がある場合には記入下さい。）

他の医療機関への応援活動の可否を必ず記入すること。

様式332-2(集) 救護病院等の開設・被害状況 (集)

【処理欄】 医療ネットしずおか入力：

救護病院 → 市町本部 → 県方面本部健康福祉班 → 県本部健康福祉部医療とりまとめ情報救護班 (地域医療課)

県本部指令部 (統括班)
↓
県本部指令部 (情報G)

報告日時： 年 月 日 時 分
報告組織・担当者名：

区分 (※1)	病院名	救助活動の可・不可(※2)			手術機能等の状況(※3)				職員の状況(※3)					建物の状況(※4)	ライフライン等(※5)							空床状況												
		救助活動の可・不可	緊急連絡要請	診療可否	手術機能	検査機能	病棟機能	給食機能	医師	薬剤師	看護師	技師	その他職		電気系統	水	ガス系統	自動車交通可否	空調	自家発電燃料	電話系統	プロパンガス	徒歩交通可否	その他	一般病床数	空床数	仮設ベッド数							

※区分欄、患者受入の可否欄、施設内被害状況欄は、該当番号を記入

※1：区分：①救護病院、②精神科病院

※2：救助活動の可・不可：①要(可)、②否(不可)

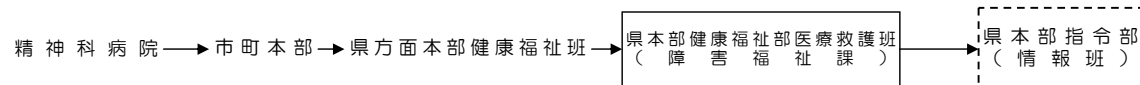
※3：手術機能等の状況及び職員の状況：①ほぼ計画どおり、②一部対応不能、③全く対応不能

※4：建物の状況：①ほとんど影響がない、②一部対応不能、③全く対応不能

※5：ライフライン等(電気、ガス、水、空調)の状況：①正常、②使用不可

様式332-3(集) 精神科病院の被害総括情報(集)

報告日時：平成 年 月 日 時 分
 報告組織・担当者名：



医療施設情報				施設内被害状況(建物、設備、体制)											空病床数 (仮設ベッド含む)	被害状況	通信手段の状況				
施設名称	所在地	連絡先		患者受入の可否	建物被害状況	電気使用の可否	水道使用の可否	ガス使用の可否	空調使用の可否	手術機能の可否	検査機能の可否	給食機能の可否	医師の状況	薬剤師の状況			看護師の状況	その他職員 の状況	電話	FAX	メール
		電話	FAX																		

※区分欄、患者受入の可否欄、施設内被害状況欄は、該当番号を記入
 区分：①災害拠点病院 ②救護病院 ③仮設救護病院 ④救護所 ⑤仮設病棟 ⑥精神病院 ⑦人工透析施設
 施設内被害状況(建物)：「○」影響無し 「△」一部不能 「×」不能
 施設内被害状況(設備)：「○」可能 「△」一部可能 「×」不可能 「－」設備無し
 施設内被害状況(体制)：「○」充足 「△」やや不足 「×」不足

様式103 医療救護班支援要請

【処理欄】FUJISAN入力：
GIS入力：

報告日時： 年 月 日 時 分
報告組織・担当者名：

市 町 本 部 → 県方面本部指令班 → 県方面本部健康福祉班 → 県本部健康福祉部医療救護班
(地域医療課・障害福祉課) → 県本部指令部
(対策G)

- 1 要請番号：
- 2 要請元：
- 3 派遣場所：
- 4 所在地：
- 5 ヘリポート情報
 - (1) 名称：
 - (2) 所在地：
- 6 要請内容

外科系 医師	内科小児 科系医師	産婦人科 系医師	歯科医師	精神科系 医師	薬剤師	看護師	精神保健 福祉士	事務 職	運 転 手

備考（説明及び連絡を要すると思われる事項を記入下さい。）

[回答欄]

外科系 医師	内科小児 科系医師	産婦人科 系医師	歯科医師	精神科系 医師	薬剤師	看護師	精神保健 福祉士	事務 職	運 転 手

派遣手段	ヘリ： ドクヘリ 民間 自衛隊 消防 その他 機種番号（ ）
	車両： バス タクシー その他 車両番号（ ）
到着予定時刻	月 日 時 分頃
特記事項	

- ※ 方面本部において対応可の場合は、本部へ要請せず、方面本部より市町へ回答する。
- ※ 方面本部において対応不可の場合は、県本部へ要請する。