

(様式2)

医療機関 詳細情報

| | | | | | | |
|-----|-------|---|-----|---|---|---|
| 送信先 | | | | | | |
| 発信元 | 医療機関名 | | 担当者 | | | |
| 日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |

◆施設の倒壊、または倒壊の恐れ

| | | | |
|---|----------|----------|---------|
| 入院病棟：有・無 | 救急外来：有・無 | 一般外来：有・無 | 手術室：有・無 |
| その他（上記以外に倒壊、または破損の恐れのある施設の情報を記入してください。） | | | |

◆ライフライン・サプライ状況

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 電気：停電中・発電機・正常 | 残り（発電機使用中の場合）：半日・1日・2日以上 |
| 水道：枯渇・井戸・貯水、給水・正常 | 残り（貯水・給水対応中の場合）：半日・1日・2日以上 |
| 医療ガス：枯渇・供給あり・供給なし | 残り（供給なしの場合）：半日・1日・2日以上 配管破損：有・無 |
| 食糧：枯渇・備蓄対応中・通常 | 残り（備蓄対応中の場合）：半日・1日・2日以上 |
| 医薬品：枯渇・備蓄対応中・通常 | 残り（備蓄対応中の場合）：半日・1日・2日以上 |
| 不足している医薬品（具体的に不足している医薬品を記入してください。） | |

◆医療機関の機能

| | |
|-----------|-------------|
| 手術可否：不可・可 | 人工透析可否：不可・可 |
|-----------|-------------|

◆現在の患者数

| | | |
|------------|----------|-----------|
| 発災後受入れた患者数 | 重症（赤）： 人 | 中等症（黄）： 人 |
| 在院患者数 | 重症（赤）： 人 | 中等症（黄）： 人 |

◆今後、転送が必要な患者数

| | | | |
|----------|-----------|-------|-------|
| 重症（赤）： 人 | 中等症（黄）： 人 | | |
| 人工呼吸： 人 | 酸素： 人 | 担送： 人 | 護送： 人 |

◆今後、受け入れ可能な患者数

| | | | |
|----------|-----------|-------|-------|
| 重症（赤）： 人 | 中等症（黄）： 人 | | |
| 人工呼吸： 人 | 酸素： 人 | 担送： 人 | 護送： 人 |

◆外来受付状況、および外来受付時間

| |
|----------------------------|
| 外来受付状況： 受付不可・救急のみ・下記のとおり受付 |
| ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : |

◆職員数

| | |
|------------|--------------|
| 出勤医師数： 人 | うちDMAT隊員数： 人 |
| 出勤看護師数： 人 | うちDMAT隊員数： 人 |
| その他出勤人数： 人 | うちDMAT隊員数： 人 |

◆その他（アクセス状況等、特記事項を記入してください。）

| |
|--|
| |
|--|