

(様式1)

## 医療機関 発災直後情報

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

◆当てはまる項目に「○」をしてください。

<b>倒壊状況</b>	
入院病棟の倒壊、または倒壊の恐れ	有 ・ 無
<b>ライフライン・サプライ状況</b> 代替手段でのご使用時は、供給「無」または「不足」を選択してください。	
電気の通常の供給	無 ・ 有
水の通常の供給	無 ・ 有
医療ガスの不足	不足 ・ 充足
医薬品・衛生資器材の不足	不足 ・ 充足
<b>患者受診状況</b>	
多数患者の受診	有 ・ 無
<b>職員状況</b>	
職員の不足	不足 ・ 充足
<b>その他支援が必要な状況</b>	
その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）	