（様式3）

○○保健所管内　医療機関　被害状況等一覧（　月　日　：　現在）

報告者	所属：	職：	氏名：

医療機関名	所在地 TEL・FAX	施設の倒壊・倒壊の恐れ	ライフライン・サプライ状況					手術可否	人工透析可否	発災後受入れた患者数		在院患者数		今後、転送が必要な患者数						今後、受け入れ可能な患者数						外来受付状況、および外来受付時間		職員数						その他
			電気	水道	医療ガス	食糧	医薬品			重症	中等症	重症	中等症	重症	中等症	人工呼吸	酸素	担送	護送	重症	中等症	人工呼吸	酸素	担送	護送	外来受付状況	受付時間	出勤医師数	うちDMAT隊員	出勤看護師数	うちDMAT隊員	その他出勤人数	うちDMAT隊員	
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															
月　日 ：　現在	TEL FAX																															