

光学医療診療部災害発生時報告チェックリスト

報告者 _____

日 時 年 月 日

午前・午後 時 分

患者等の被災状況	職員の被災状況				
	医 師	看護師	メディカルスタッフ	事務職員等	
死 亡	名	死 亡	名	名	名
重 症	名	重 症	名	名	名
中等症	名	中等症	名	名	名
軽 症	名	軽 症	名	名	名
負傷なし	名	負傷なし	名	名	名
合 計	名	合 計	名	名	名

損 壊 状 況	
壁、天井の損壊	: 有 ・ 無
避難経路の確保	: 困 難 ・ 可 能
電気使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
電話通話状況	: 不 通 ・ 一 部 不 通 ・ 通話可能
携帯電話使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
ナースコール使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
ガス設備使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
医療ガス使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
薬剤状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
水道使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
大型医療機器	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
消防用設備	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能

検査進行中の患者リスト

検査名	氏名	入院・外来	進行状況	検査継続
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可

その他の報告事項(死亡者及び負傷した医師は、氏名・所属・負傷の区分を記載)

災害対策本部（ゼブラ棟 2 階だんだんカンファレンスルーム）へ届けること。