

# リハビリテーション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	名
重 症	名	重 症	名	名	名	名
中等症	名	中等症	名	名	名	名
軽 症	名	軽 症	名	名	名	名
負傷なし	名	負傷なし	名	名	名	名
合 計	名	合 計	名	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 : 不 通 ・ 一 部 不 通 ・ 通話可能  
 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

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。