

血液浄化治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

病床定数	患者数	付添い者	担送数	護送数	独歩数	空床数
10床	入院（外来） 名	名	名	名	名	床

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	名	名	名
重 症	名	名	名	名
中等症	名	名	名	名
軽 症	名	名	名	名
負傷なし	名	名	名	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
純水製造装置	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

	患者氏名	病棟	治療進行状況	機器の損壊状況
逆浸透精製水製造システム (RO 水)				
個人用多用途透析装置 NO. 1				
NO. 2				
NO. 3				
NO. 4				
NO. 5				
NO. 6				
NO. 7				
NO. 8				
NO. 9				
NO. 10				

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。