

高度外傷センター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

現在処置中の患者リスト

No.	氏 名	年齢	処置概要	患者状態	手術要否	備考
初療1					要・否	
初療2					要・否	
初療3					要・否	
ハイブリット ER					要・否	

患者等の被災状況

死亡	名
重症	名
中等症	名
軽症	名
負傷なし	名
合計	名

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
重症	名	名	名
中等症	名	名	名
軽症	名	名	名
負傷なし	名	名	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	不通	・	一部不通 ・ 通話可能
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

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。