

栄養治療室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	: 不 通 ・ 一 部 不 通 ・ 通話可能
水道使用状況	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
厨房設備	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
備蓄品（食料）	: 使用不能 ・ 一部使用不能 ・ 使用可能
備蓄品（飲料）	: 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。