

ハイケアユニット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
床	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	:	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

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。