

	() 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

職員の被災状況	医 師	看護師	メ`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
情報機器使用状況	:	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。