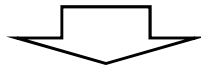


緊 急 連 絡

____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 発信

館林地域において多数の傷病者の発生が見込まれる災害
（ _____ ）が発生し、
館林地方部保健福祉班が立ち上がりました。



各関係機関は以下により至急御対応願います。

1 災害発生について直ちに関係者に伝達してください

館林市邑楽郡医師会 → 無床診療所、五師会（看護協会、柔道整復師会）
館林邑楽歯科医師会 → 歯科医院
館林邑楽薬剤師会 → 薬局

2 館林地域災害医療対策マニュアルに従い、

被災状況・医療機関情報等を収集し、
各様式により館林保健福祉事務所長あて報告してください。

館林保健福祉事務所長

発信者

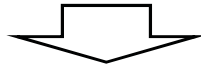
館林保健福祉事務所 tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

〒374-0066 館林市大街道 1-2-25 電話 0276-72-3230/FAX0276-72-4628

緊 急 連 絡

____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 発信

館林地域において多数の傷病者の発生が見込まれる災害
(_____)が発生し、
館林地方部保健福祉班が立ち上がりました。



会員各位は以下により至急御対応願います。

1 会員各位の被災状況について、当 FAX に添付の様式により報告願います。

※無床診療所・歯科医院・薬局のみ。

看護協会・柔道整復師会会員は今後の事務局連絡をお待ちください。

※【様式 3-1】～【様式 3-3】のうち該当する様式を添付する

2 会員各位は、被災者への医療支援の対応をよろしく願います。

館林保健福祉事務所長

〇〇〇〇〇会長（事務局）

連絡先

〇〇〇〇会事務局

（館林市〇〇〇〇）

（電話 _____ FAX _____ ）

館林地域災害医療対策会議 委員各位

____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 発信

____年 ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分 発信にて連絡しました

災害（ _____ ）について

館林地域災害医療対策会議を

____年 ____月 ____日（ ） 午前・午後 ____時 ____分に

（場所） _____ にて開催しますので、

災害時参集委員各位は御参集ください。

館林保健福祉事務所長

通 信 欄

発信者

館林保健福祉事務所 tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

〒374-0066 館林市大街道 1-2-25 電話 0276-72-3230/FAX0276-72-4628

【様式2-1】被災状況等報告 緊急報（災害拠点病院・病院→館林保福）

様式2-1

※ EMIS 利用不能時のみ、当様式をメール送付してください。
 Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp
 FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230) 館林保健福祉事務所
 (〒374-0066 館林市大街道 1-2-25 電話 0276-72-3230)

被災状況等報告（災害拠点病院・病院）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 医療機関

医療機関名	担当者 職名・氏名	電話番号

2 EMIS の稼働状況

稼働状況	データ入力状況	備考
使用可・使用不能・未設置	未済・済	

3 入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ（全壊・一部損壊） 有 ・ 無

4 ライフライン・サプライ状況

（代替手段での使用時は、供給「無」または「不足」を選択）

- | | |
|-----------------|---------|
| (1) 電気の通常の供給 | 無 ・ 有 |
| (2) 水の通常の供給 | 無 ・ 有 |
| (3) 医療ガスの不足 | 不足 ・ 充足 |
| (4) 医療・衛生資機材の不足 | 不足 ・ 充足 |

5 多数患者の受診（キャパシティのオーバー） 有 ・ 無

6 職員の状況 不足 ・ 充足

7 その他特記事項等について記載してください。

【様式2-2】被災状況等報告 詳細報（災害拠点病院・病院→館林保福）

様式2-2

※ EMIS 利用不能時のみ、当様式をメール送付してください。
 Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp
 FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230) 館林保健福祉事務所
 (〒374-0066 館林市大街道 1-2-25 電話 0276-72-3230)

被災状況等報告（災害拠点病院・病院）

医療機関名		EMISの状況	
担当者職・氏名		<input type="checkbox"/> 使用可	
電話番号		<input type="checkbox"/> 使用不能	
報告日時	月 日() 時 分	<input type="checkbox"/> 未設置	
○現在の医療機関の情報を記入してください。			
倒壊、または倒壊の恐れのある建物等にチェックをしてください。			
<input type="checkbox"/> 入院病棟 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 一般外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他			
その他の場合は、施設の情報を記載してください。			
ライフライン・サプライ状況について、当てはまる項目にチェックをしてください。			
電気の使用状況	<input type="checkbox"/> 停電中 <input type="checkbox"/> 発電機使用中 <input type="checkbox"/> 正常	発電機使用中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上	
水道の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 井戸使用中 <input type="checkbox"/> 貯水・給水対応中 <input type="checkbox"/> 正常	貯水・給水対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上	
医療ガスの使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 供給の見込無し <input type="checkbox"/> 供給の見込有り	供給の見込無しの場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上	
医療ガス配管破損の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食糧の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 備蓄で対応中 <input type="checkbox"/> 通常の供給	備蓄で対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上	
医薬品の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 備蓄で対応中 <input type="checkbox"/> 通常の供給	備蓄で対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上	
医療機関の機能について、当てはまる項目にチェックし、人数等を記入してください。			
手術可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		人工透析可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
		重症(人)	中等症(人)
発災後受入れた患者数			
在院患者数			
今後転送が必要な患者数※1			
今後受入れ可能な患者数※2			
		人工呼吸(人)	酸素(人)
		担送(人)	護送(人)
※1のうち			
※2のうち			
外来受付状況	<input type="checkbox"/> 受付不可 <input type="checkbox"/> 救急のみ <input type="checkbox"/> 右記のとおり受付	時間帯1	時 分 ~ 時 分
		時間帯2	時 分 ~ 時 分
	出勤職員(人)	左のうち、DMAT隊員(人)	
医師			
看護師			
その他			

Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230)

被災状況等報告（有床診療所）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 医療機関

医療機関名	担当者 職名・氏名	電話番号

2 入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ（全壊・一部損壊） 有 ・ 無

3 ライフライン・サプライ状況
（代替手段での使用時は、供給「無」または「不足」を選択）

- (1) 電気の通常の供給 無 ・ 有
- (2) 水の通常の供給 無 ・ 有
- (3) 医療ガスの不足 不足 ・ 充足
- (4) 医療・衛生資機材の不足 不足 ・ 充足

4 多数患者の受診（キャパシティのオーバー） 有 ・ 無

5 職員の状況 不足 ・ 充足

6 その他特記事項等について記載してください

--

Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230)

被災状況等報告（有床診療所）

医療機関名	
担当者職・氏名	
電話番号	
報告日時	月 日() 時 分

○現在の医療機関の情報を記入してください。

倒壊、または倒壊の恐れのある建物等にチェックをしてください。

- 入院病棟
 救急外来
 一般外来
 手術室
 その他

その他の場合は、施設の情報を記載してください。

ライフライン・サプライ状況について、当てはまる項目にチェックをしてください。

電気の使用状況	<input type="checkbox"/> 停電中 <input type="checkbox"/> 発電機使用中 <input type="checkbox"/> 正常	発電機使用中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上
水道の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 井戸使用中 <input type="checkbox"/> 貯水・給水対応中 <input type="checkbox"/> 正常	貯水・給水対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上
医療ガスの使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 供給の見込無し <input type="checkbox"/> 供給の見込有り	供給の見込無しの場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上
医療ガス配管破損の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
食糧の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 備蓄で対応中 <input type="checkbox"/> 通常の供給	備蓄で対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上
医薬品の使用状況	<input type="checkbox"/> 枯渇 <input type="checkbox"/> 備蓄で対応中 <input type="checkbox"/> 通常の供給	備蓄で対応中の場合 残り <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日以上
具体的に不足している医薬品を記入してください。		

医療機関の機能について、当てはまる項目にチェックし、人数等を記入してください。

手術可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	人工透析可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	重症(人)	中等症(人)	
発災後受入れた患者数			
在院患者数			
今後転送が必要な患者数※1			
今後受入れ可能な患者数※2			
	人工呼吸(人)	酸素(人)	担送(人)
	※1のうち		護送(人)
	※2のうち		
外来受付状況	<input type="checkbox"/> 受付不可 <input type="checkbox"/> 救急のみ <input type="checkbox"/> 右記のとおり受付	時間帯1	時 分 ~ 時 分
		時間帯2	時 分 ~ 時 分
	出勤職員(人)	左のうち、DMAT隊員(人)	
医師			
看護師			
その他			

被災状況等報告（無床診療所）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 医療機関

医療機関名	担当者 職名・氏名	電話番号

2 外来診療について（□にチェック）

外来受入 不可 可 検討中

※ 外来受入れ可能の診療所のみ回答願います。

診療科目 科名（ ）

診療時間 午前 : ~午前 :

午後 : ~午後 :

3 傷病者の来院状況、その他特記事項等について記載してください。

被災状況等報告（歯科診療所）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 歯科診療所

歯科診療所名	担当者 職名・氏名	電話番号

2 外来診療について（□にチェック）

外来受入 不可 可 検討中

※ 外来受入れ可能の診療所のみ回答願います。

診療時間 午前 : ~午前 :
午後 : ~午後 :

3 傷病者の来院状況、その他特記事項等について記載してください。

被災状況等報告（薬局）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 薬局

薬局名	担当者 職名・氏名	電話番号

2 営業について（□にチェック）

営業 不可 可 検討中

※ 営業可能の薬局のみ回答願います。

営業時間 午前 : ~午前 :
午後 : ~午後 :

3 傷病者の来局状況、その他特記事項等について記載してください。

Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230)

被災状況等とりまとめ（無床診療所）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 **無床診療所** 状況確認報の発付数

件の医療機関に連絡しました

2 各診療所からの回答状況

上記のうち、

件の医療機関から回答がありました

その内訳については以下のとおりです

外来受入が **不 可**は 件

可 は 件

検討中は 件

3 その他特記事項等について記載してください。

Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230)

被災状況等とりまとめ（歯科診療所）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 **歯科診療所** 状況確認報の発付数

件の歯科診療所に連絡しました

2 各歯科診療所からの回答状況

上記のうち、

件の歯科診療所から回答がありました

その内訳については以下のとおりです

外来受入が **不 可**は 件

可 は 件

検討中は 件

3 その他特記事項等について記載してください。

Mail:tatehofuku@pref.gunma.lg.jp

FAX 0276-72-4628 (TEL 0276-72-3230)

被災状況等とりまとめ（薬局）

年 月 日 午前・午後 時 分 発信

1 **薬局** 状況確認報の発付数

件の薬局に連絡しました

2 各薬局からの回答状況

上記のうち、

件の薬局から回答がありました

その内訳については以下のとおりです

通常営業が **不 可**は 件

可 は 件

検討中は 件

3 その他特記事項等について記載してください。