【様式２－３】被災状況等報告　緊急報（有床診療所→館林保福）

様式2－３

**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

|  |
| --- |
|  |