

様式 1

医療救護班応援要請書

医療機関	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

市町村(本部・救護所)	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

保健所	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	
対応	済・未

医務課	
受信	月 日 時 分
受信者	
対応済	

要請元機関名 ()

【 】 救護班 ※【】内に医療・歯科・精神科等わかるように記載すること

必要人員		派遣場所			
必要チーム数	備考	名称	所在地 (ヘリポート含む)	傷病者数(概数でも可)	
				重症	人
				中症	人
				軽症	人
				判定未実施	人
				重症	人
				中症	人
				軽症	人
				判定未実施	人
				重症	人
				中症	人
				軽症	人
				判定未実施	人

※医師1名、看護師2名、その他(薬剤師、事務等)1名で1チームが基本。特別の事情から異なる構成のチームが必要な場合、備考欄に記入する。

※電話等による場合は、上記項目を明確に伝え、または聞き取ること。