

医療機関状況報告書（緊急時入力）

医療機関名	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

医務課	
受信	月 日 時 分
受信者	
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	



① 入院病棟の倒壊、または倒壊の恐れ	有 ・ 無
②～⑤について代替手段（発電機使用、給水対応等）使用時は、供給「無」または「不足」を選択してください。	
② 電気の通常の供給	無 ・ 有
③ 水の通常の供給	無 ・ 有
④ 医療ガスの不足	不足 ・ 充足
⑤ 医薬品・衛生資機材の不足	不足 ・ 充足
⑥ 多数患者の受診	有 ・ 無
⑦ 職員の不足	不足 ・ 充足
⑧ 医療救護班を編成し、他機関への派遣の可否 (派遣可の場合のチーム数)	不可 ・ 可 ()
⑨ 救護所の開設	有 ・ 無
その他	

※続いて、様式 3 - 2 の詳細情報を記載する。

※EMISが使用可能な場合はEMIS入力を優先とし、様式は不要とする。