

災害時医療機関情報収集シート

(様式1)

記入日時: 令和 年 月 日 時

宛先	大阪市淀川区災害対策本部
	TEL: 06-6308-9734
	FAX: 06-6885-0535
	Email: tl0002@city.osaka.lg.jp
	Email: tl0010@city.osaka.lg.jp

※太枠中に現在の状況を記入(該当内容にチェック)してください。

医療機関名		記入者氏名	
所在地	淀川区	電話番号	

【緊急時(発災直後情報)】

理由	<input type="checkbox"/> ①建物倒壊・倒壊の恐れあり <input type="checkbox"/> ②受入人数の限界超え <input type="checkbox"/> ③ライフラインが使用不可能(医療行為が行えない) <input type="checkbox"/> ④その他()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ①患者の受け入れが困難		
<input type="checkbox"/> ②患者の受け入れが可能	<input type="checkbox"/> ①重症(トリアージタグ赤色:緊急対応・重篤) <input type="checkbox"/> ②中等症(トリアージタグ黄色:入院対応) <input type="checkbox"/> ③軽症(トリアージタグ緑色:外来対応)	

【詳細(医療機関情報)】

医療機関の機能	手術患者の受入	<input type="checkbox"/> ①可	<input type="checkbox"/> ②不可	<input type="checkbox"/>
	人工透析患者の受入	<input type="checkbox"/> ①可	<input type="checkbox"/> ②不可	<input type="checkbox"/>
受け入れている患者	重症	<input type="checkbox"/> ①有()人	<input type="checkbox"/> ②無	<input type="checkbox"/>
	中等症	<input type="checkbox"/> ①有()人	<input type="checkbox"/> ②無	<input type="checkbox"/>
患者転送情報	転送が必要な重症患者	<input type="checkbox"/> ①有()人	<input type="checkbox"/> ②無	<input type="checkbox"/>
	(うち広域搬送可能な患者)	<input type="checkbox"/> ①有()人	<input type="checkbox"/> ②無	<input type="checkbox"/>
	転送が必要な中等症患者	<input type="checkbox"/> ①有()人	<input type="checkbox"/> ②無	<input type="checkbox"/>
ライフラインの状況	電気	<input type="checkbox"/> ①使用可	<input type="checkbox"/> ②使用不可	<input type="checkbox"/>
	水道	<input type="checkbox"/> ①使用可	<input type="checkbox"/> ②使用不可	<input type="checkbox"/>
	医療ガス	<input type="checkbox"/> ①使用可	<input type="checkbox"/> ②使用不可	<input type="checkbox"/>
その他(特記事項):医薬品等の供給(調達)状況、アクセス状況等				<input type="checkbox"/>

◎発災後72時間以降は以下も記入してください。

対応疾患の状況(投薬含む)	上気道炎、感染性胃腸炎等感染症	<input type="checkbox"/> ①診療可	<input type="checkbox"/> ②診療不可	<input type="checkbox"/>
	高血圧性疾患	<input type="checkbox"/> ①診療可	<input type="checkbox"/> ②診療不可	<input type="checkbox"/>
	糖尿病	<input type="checkbox"/> ①診療可	<input type="checkbox"/> ②診療不可	<input type="checkbox"/>
	PTSD・不眠等	<input type="checkbox"/> ①診療可	<input type="checkbox"/> ②診療不可	<input type="checkbox"/>

区記入欄	区名	淀川区	区担当者名:
	医療機関記入内容確認日時	令和 年 月 日	
	市災害対策本部への報告日時	令和 年 月 日	