

### 参集・被災状況報告

※ 参集後、速やかに報告してください。

記入日時	月	日	:	記入者	
------	---	---	---	-----	--

機 関 名					
参 集 場 所	住所	名称			
責 任 者					
連 絡 先	電話	携帯電話			
情報伝達手段 ※ 使えるものに○	電話	携帯電話	FAX	メール	衛星携帯電話
活動の可否	可	不可			

### 診療所・薬局・施術所 被災状況報告欄

※ 把握できた範囲で報告してください。

※ 別紙で診療所等名簿を添付してください。(記入例:名称の脇に閉鎖×、稼働○、未確認△ など)

医科診療所	閉鎖	カ所	稼働	カ所	未確認	カ所
	安否確認済 医師数		人	うち、活動中		人
歯科診療所	閉鎖	カ所	稼働	カ所	未確認	カ所
	安否確認済 歯科医師数		人	うち、活動中		人
薬局	閉鎖	カ所	稼働	カ所	未確認	カ所
	安否確認済 薬剤師数		人	うち、活動中		人
施術所	閉鎖	カ所	稼働	カ所	未確認	カ所
	安否確認済 柔道整復師数		人	うち、活動中		人

### 病院被災状況報告

(送付先) 安中保健福祉事務所

FAX: 027-382-6366

MAIL: anhofuku@pref.gunma.lg.jp

医療機関名	
記入者	
電話番号	
報告日時	月 日 :

**○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。							
<b>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。</b>							
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			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 <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				
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				
<b>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。</b>							
手術可否 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可		人工透析可否 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 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 分 ~ 時 分							
	出勤職員(人)	左のうち、DMAT隊員(人)	派遣が必要な場合、その人数				
医師							
看護師							
その他			(職種 )				

### 災害対策本部設置報告

※ 設置後、速やかに報告してください。

記入日時	月 日	:	記入者	所属: 氏名:
------	-----	---	-----	------------

本 部 名					
設 置 場 所			階	会議室	
事務局(所属名)					
連 絡 先	電話				携帯電話
情報伝達手段 ※ 使えるものに○	電話	携帯電話	FAX	メール	衛星携帯電話

### 医療班等設置報告

※ 災害対策本部内の医療等対策班の設置について報告してください。

班 名					
設 置 場 所			階	会議室	
事務局(所属名)					
連 絡 先	電話				携帯電話
情報伝達手段 ※ 使えるものに○	電話	携帯電話	FAX	メール	衛星携帯電話

### 救護所設置報告

※ 設置後、可能な限り速やかに報告してください。

※ 別添で救護所一覧をお送りいただいても結構です。

記入日時	月 日	:	記入者	所属: 氏名:
------	-----	---	-----	------------

救護所名					
設置場所					
所管機関名 (所属名)					
連絡先	電話	携帯電話			
情報伝達手段 ※ 使えるものに○	電話	携帯電話	FAX ( )		
	メール ( )	衛星携帯電話	機種番号		

### 医療活動・傷病者等の状況

※ 把握できた範囲で報告してください。

医療活動の状況		医師 名 看護師 名 薬剤師 名 その他 名(職種: ) DMAT隊の活動 有 無				
医師等の派遣の必要性		有 無				
傷病者等の状況	症状等	総数(人)	うち乳幼児(人)	うち妊婦(人)	うち高齢者(人)	
	外傷					
	感染症症状	下痢				
		嘔吐				
		発熱				
		咳				
	小児疾患	有(緊急)		有(≠緊急)		無
	精神疾患	有(緊急)		有(≠緊急)		無
	周産期	有(緊急)		有(≠緊急)		無
	歯科	有(緊急)		有(≠緊急)		無
ライフライン	電気	充足		不足		皆無
	水道	充足		不足		皆無
	飲料水	充足		不足		皆無

**避難所情報 日報**  
**(共通様式)**

活動日	記載者(所属・職名)
年 月 日	

※ 初動期・急性期においては、太枠内を優先的に記入するものとする。

避難所活動の目的:

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

避難所の概況	<b>避難所名</b>		<b>所在地(都道府県、市町村名)</b>		<b>避難者数</b>	
					人(昼: 人 夜: 人)	
	<b>電話</b>		<b>FAX</b>		<b>施設の広さ</b>	
			<b>メールアドレス</b>			
<b>スペース密度</b> 過密・適度・余裕		1人当たり専有面積		㎡くらい		<b>施設の概要図(屋内・外の施設、連絡系統などを含む)</b>
<b>交通機関(避難所と外との交通手段)</b>						
組織や活動	<b>管理統括・代表者の情報</b>					
	<b>氏名(立場)</b>					
	その他					
	連絡体制 / 指揮・命令系統					
	<b>自主組織</b>		有( )・無			
	<b>外部支援</b>		有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種( )			
	<b>ボランティア</b>		有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種( )			
	<b>医療の提供状況</b>					
	<b>救護所</b>		有・無		<b>巡回診療</b> 有・無	
	<b>地域の医師との連携</b>		有・無			
現在の状況 ※ 該当する記号を○で囲む (◎十分、○どちらかというと足りている、△どちらかというと不足、×皆無)						
環境的側面	ライフライン	<b>電気</b>		◎・○・△・×		
		<b>ガス</b>		◎・○・△・×		
		<b>水道</b>		◎・○・△・×		
		<b>飲料水</b>		◎・○・△・×		
		<b>固定電話</b>		◎・○・△・×		
		<b>携帯電話</b>		◎・○・△・×		
	設備状況と衛生面	<b>洗濯機</b>		◎・○・△・×		
		<b>冷蔵庫</b>		◎・○・△・×		
		<b>冷暖房</b>		◎・○・△・×		
		<b>照明</b>		◎・○・△・×		
		<b>調理設備</b>		◎・○・△・×		
		<b>トイレ</b>		◎・○・△・× ( 箇所)下水 無・有		
				<b>清掃</b> ◎・○・△・× <b>くみ取り</b> ◎・○・△・×		
				<b>手洗い場</b> ◎・○・△・× <b>手指消毒</b> ◎・○・△・×		
		<b>風呂</b>		◎・○・△・× (清掃状況: )		
		<b>喫煙所</b>		◎・○・△・× (分煙: 無・有 )		
	生活環境の衛生面	<b>清掃状況</b> 不良・普・良		<b>床の清掃</b> 無・有		
		<b>ゴミ収集場所</b> 無・有		<b>履き替え</b> 無・有		
		<b>換気・温度・湿度等 空調管理</b> 不適・適				
		<b>粉塵</b> 無・有		<b>生活騒音</b> 不適・適		
<b>寝具</b> ◎・○・△・×		<b>寝具乾燥対策</b> 無・有				
<b>ペット対策</b> 無・有		<b>ペットの収容場所</b> 無・有				
食事の供給	<b>食事</b> ◎・○・△・× ( )回					
	<b>炊き出し</b> 無・有		<b>残品処理</b> 不適・適			

避難所避難者の状況 日報 (共通様式)	避難所名	活動日	記載者(所属・職名)
		年 月 日	

※ 初動期・急性期においては、太枠内を優先的に記入するものとする。

避難所活動の目的:

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

		本日の状態				対応・特記事項		
配慮を要する人	高齢者	人	うち75歳以上	人	配慮を要する人	要援護者数	人	
			うち要介護認定者数	人	の全体像	うち全介助	人	
	妊婦	人	うち妊婦健診受診困難者数	人		うち一部介助	人	
	産婦	人				うち認知障害	人	
	乳児	人				外国人	人	
	幼児・児童	人	うち身体障害児	人				
			うち知的障害児	人				
			うち発達障害児	人				
	障害者	人	うち身体障害者	人				
			うち知的障害者	人				
			うち精神障害者	人				
		うち発達障害者	人					
	難病患者	人						
	在宅酸素療養者	人						
	人工透析者	人						
	アレルギー疾患児・者	人						
服薬者数	服薬者	人	うち高血圧治療薬	人	対応・特記事項			
			うち糖尿病治療薬	人				
			うち向精神薬	人				
有症状者数	人数の把握	総数	うち乳児・幼児	うち妊婦	うち高齢者	専門的医療ニーズ	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	外傷	人	人	人	人	小児疾患	◎ . ○ . ×	
	下痢	人	人	人	人	精神疾患	◎ . ○ . ×	
	嘔吐	人	人	人	人	周産期	◎ . ○ . ×	
	発熱	人	人	人	人	歯科	◎ . ○ . ×	
	咳	人	人	人	人	対応・特記事項		
	便秘	人	人	人	人			
	食欲不振	人	人	人	人			
	頭痛	人	人	人	人			
	不眠	人	人	人	人			
不安	人	人	人	人				
防疫的側面	食中毒様症状(下痢、嘔吐などの動向)							
	風邪様症状(咳・発熱などの動向)							
	感染症症状、その他							
まとめ	全体の健康状態							
	活動内容							
	アセスメント							
	課題/申し送り							



## 高崎・安中地域災害医療対策会議開催通知

次のとおり開催しますので、委員の方は出席をお願いします。

欠席の場合は、可能な限り代理の方の出席をお願いします。

出欠について、下欄により御報告ください。

【高崎・安中地域災害医療対策会議事務局】

安中保健福祉事務所 担当者

電話:027-381-0345 FAX:027-382-6366

発信日時 月 日 :

会 議 名	<input type="checkbox"/> 高崎・安中地域災害医療対策会議 <input type="checkbox"/> 安中地域災害医療連絡会議(仮称)
開 催 日 時	月 日 :
開 催 場 所	階 会議室
連 絡 事 項	

## 出欠報告

(送付先) FAX:027-382-6366

※ 会議の出欠について報告してください。

委 員 名			
出 欠	出席	欠席	(代理者名 )
報 告 所 属 ・担 当 者 名	所属:	担当者名:	
連 絡 先	電話:	携帯電話:	



〇年〇月〇〇災害 第〇回 高崎安中地域災害医療対策会議 次第

日時：  
場所：  
進行：  
参加者：裏面のとおり

1 情報共有

(1) 〇〇災害における被災状況について

- ①災害の概要 ※二次災害危険情報も含む
- ②傷病者、避難者の状況
- ③社会インフラ、ライフラインの状況
  - ・道路、建物の被災状況
  - ・電気、水道、ガスの被災状況
  - ・通信機器の状況

(2) 管内医療機関等の状況

- ①病院、診療所の被災状況
- ②薬局の被災状況
- ③施術所の被災状況
- ④その他

(3) 行政機関（対策本部）の状況

- ①群馬県
- ②高崎市
- ③安中市
- ※災害対策本部、保健医療対応班の状況
- ※高崎市、安中市については避難所、救護所の状況も報告

(4) 現在の支援状況

- ①相互支援 (例) 〇〇医師会から、〇〇救護所へ医師派遣済み  
〇〇で医薬品不足、薬剤師会に〇〇の調達依頼中
- ②外部支援 (例) DMAT 隊の派遣（活動拠点：〇〇拠点病院）

2 議 事

(1) 支援が必要な箇所、内容

- (例) 〇〇病院に傷病者多数、人員の不足が生じている。
- 〇〇救護所で、人員と医薬品の不足が生じている。

(2) 支援調整

- (例) 相互支援可能であるか。外部支援が必要な場合は優先順位を決める。

3 その他 次回会議の開催予定 (例) 〇月〇日 (〇) 〇時 高崎市総合保健センター

情報・議事については、開催時点で把握しているものを記入する。

(例) 第1回目は、発災後48時間以内の開催が目標であるため、構成員や関係機関の安否確認、更なる情報収集の指示や次回会議の開催日時を決める。

第2回目以降は、被災情報の分析、支援調整をすすめる。

(裏面)

会議への参加を求める関係機関

区 分	関係機関の名称	参加者
災害拠点病院	高崎総合医療センター	構成員、コーディネーター
	日高病院	構成員、コーディネーター
医師会	高崎市医師会	構成員、コーディネーター
	安中市医師会	構成員、コーディネーター
	群馬郡医師会	構成員、コーディネーター
	藤岡多野医師会	担当理事
歯科医師会	高崎市歯科医師会	担当理事
	碓氷安中歯科医師会	担当理事
薬剤師会	高崎市薬剤師会	担当理事
	安中市薬剤師会	担当理事
柔道整復師会	高崎市柔道整復師会	担当理事
	安中市柔道整復師会	担当理事
看護協会	群馬県看護協会高崎地区支部	代表
	群馬県看護協会高崎地区支部	代表
医療機関	関越中央病院	構成員
	公立碓氷病院	構成員
消防	高崎市等広域消防局	構成員
行政	高崎行政県税事務所	総務振興係
	高崎市	防災安全課
	安中市	危機管理課、健康づくり課
その他必要な機関		
事務局	高崎市保健所	
	安中保健福祉事務所（安中保健所）	

※参加者については、指定されたものが参加できないときは代理の出席を求める。