【様式３－１】被災状況等報告（無床診療所→医師会）

様式３－１

 被災状況等報告（無床診療所）

　　　　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　外来診療について （ □ にチェック ）

外来受入　□不 可　　□ 可　　□ 検討中

※ 外来受入れ可能の診療所のみ回答願います。

診療科目　科名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

診療時間　午前　　　　：　　～午前　　：

午後　　　　：　　～午後　　：

３　傷病者の来院状況、その他特記事項等について記載してください。

|  |
| --- |
|  |