**【様式３－１】**

|  |
| --- |
| 無床診療所　⇒　吾妻郡医師会（ＦＡＸ：０２７９－７５－６２２８） |
|

**無床診療所 被災状況報告書**

　１　医療機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 報告者の職名・氏名 | 電話番号 | 報告年月日・時間 |
|  |  |  |  |

　２　外来診療について（ □ にレでチェック ）

□ 可 □ 不可 □ 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　（ ）

・ 診療日・時間① （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

・ 診療日・時間② （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

・ 診療日・時間③ （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

・ 診療条件 □ 軽易な傷病（トリアージ緑色「軽症群」）

□ 多少治療の時間がかかっても、生命に危険のないもの（トリアージ黄色「中等症」）

□ その他（ ）

　３　傷病者の来院状況、その他特記事項等お書きください。

|  |
| --- |
|  |
|