**【様式４－１】**

|  |
| --- |
| 　歯科診療所　⇒　吾妻郡歯科医師会 |
|

**歯科診療所 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。

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

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

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

　３　傷病者の来院状況、その他特記事項等お書きください。

|  |
| --- |
|  |
|