

様式集

医療機関稼働状況報告（市町村→地域保健医療福祉調整本部・仙台市→県保健医療福祉調整本部）

市町村名	
担当課	
職氏名	

年 月 日 () 時 分 現在

病院名	支援要否	機能停止	患者受入	受入不可の場合、該当するものにチェック
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 倒壊(のおそれ) <input type="checkbox"/> 受入人数限界超 <input type="checkbox"/> ライフライン使用不可(電気・ガス・水) <input type="checkbox"/> その他()

災害情報収集・連絡カード

緊急	重要

【情報カテゴリ】 ※ 物資の提供申出は「物資提供カード」に記載

- ①緊急要請（救助搬送 自衛隊派遣 火災 その他（ ））

- ②支援要請（人員 物資 燃料 通信 障害物除去 その他（ ））
- ③情報（人的被害 住家被害 孤立地域 ライフライン 交通 その他施設被害
気象等 部隊・支部等活動 避難所・避難勧告等 その他（ ））
- ④その他（国対応 支援申出 寄付金・義援金 その他（ ））

受・発信日時		令和 年 月 日 時 分（電話・FAX・口頭・手交・その他（ ））			
相手方	所属				
	氏名				
	連絡先	TEL			FAX MAIL
受・発信者氏名		（内 ）		どの市町村案件？	市町村名（ ）
(記入情報例)		内容 <input type="checkbox"/> なにを… <input type="checkbox"/> どれだけ… <input type="checkbox"/> どこに… <input type="checkbox"/> いつまで… <input type="checkbox"/> 方法・手段… <input type="checkbox"/> 誰に… <input type="checkbox"/> どうする…			
		地図	緯度経度 (60進法)		
		座標	UTM (各4桁)		
		カードコピー閲覧開始チェック欄	コピー閲覧チェック欄	ホワイトボード	→ G・Tクロノ → 地図

事務局運営G員または各G・T発信者が記入

【対応概要】 G・リーダーが内容を確認して担当G・Tリーダーへ

対応日時		令和 年 月 日 時 分			
担当G・T	<input type="checkbox"/> 事務局運営G <input type="checkbox"/> 広報・調整G <input type="checkbox"/> 救助対策G <input type="checkbox"/> 被災者支援G <input type="checkbox"/> 原子力災害対策G		対応組織	<input type="checkbox"/> 担当者と同じ <input type="checkbox"/> 庁内担当課室（ ） <input type="checkbox"/> 関係機関（ ）	
	担当者氏名		（内 ）	対応者氏名	TEL等：
(記入情報例)		対応概要 <input type="checkbox"/> なにを… <input type="checkbox"/> どれだけ… <input type="checkbox"/> どこに… <input type="checkbox"/> いつ… <input type="checkbox"/> 方法・手段… <input type="checkbox"/> 誰に… <input type="checkbox"/> どうした…			

担当G・T担当者が記入（FAXを受信した対応者は記入して返信）

※必ず対応者から対応結果のフィードバックをもらうこと！！それまで保留トレイに保管

対応済チェック欄 ※要フィードバック	→	G・Tクロノロ入力済 チェック欄	→	入力後、自分G・Tの 処理済みトレイへ
-----------------------	---	---------------------	---	------------------------

医療救護所設置状況報告（市区町村→地域保健医療福祉調整本部・仙台市→県保健医療福祉調整本部）

市区町村名	
担当課	
職氏名	

月 日 () 時 分現在

No.	設置箇所名	所在地	連絡方法	電話番号・メールアドレス等	責任者氏名	傷病者の状況				医療救護班等の派遣の必要性	医薬品等の必要性	特記事項
						赤	黄	緑	黒			
1										有(班)・無	有・無	
2										有(班)・無	有・無	
3										有(班)・無	有・無	
4										有(班)・無	有・無	
5										有(班)・無	有・無	
6										有(班)・無	有・無	
7										有(班)・無	有・無	
8										有(班)・無	有・無	
9										有(班)・無	有・無	
10										有(班)・無	有・無	
11										有(班)・無	有・無	
12										有(班)・無	有・無	
13										有(班)・無	有・無	
14										有(班)・無	有・無	
15										有(班)・無	有・無	
16										有(班)・無	有・無	
17										有(班)・無	有・無	
18										有(班)・無	有・無	
19										有(班)・無	有・無	
20										有(班)・無	有・無	
21										有(班)・無	有・無	
22										有(班)・無	有・無	
23										有(班)・無	有・無	
24										有(班)・無	有・無	
25										有(班)・無	有・無	
26										有(班)・無	有・無	
27										有(班)・無	有・無	
28										有(班)・無	有・無	
29										有(班)・無	有・無	
30										有(班)・無	有・無	

(記入要領)

- 1 「連絡方法」には電子メール・衛星電話等利用可能な通信手段を記入し、「電話番号・メールアドレス等」に当該通信手段の連絡先を記入する。
- 2 「傷病者の状況」には受け入れている傷病者の人数を記入する。
- 3 「医療救護班等の派遣の必要性」には、有の場合(班)内に必要なチーム数を記入する。医科以外のチームを必要とする場合には、特記事項欄に記入する。
- 4 「医薬品等の必要性」が有の場合、必要とする医薬品等の内容を特記事項欄又は任意の様式に記載する。

医療救護班等 登録シート

記入日時 年 月 日() 時 分

派遣団体(都道府県・日本赤十字・JMAT等名称を記入)

(注)「派遣団体」は、各都道府県からの依頼によるものは都道府県名を、JMATについては「JMAT(〇〇都道府県医師会)」と記載すること。

派遣機関名(病院等名称を記入)

活動可能期間

月 日(午前・午後) ~ 月 日(午前・午後)

チーム構成

No.	氏名(ふりがなも)	職種	生年月日	特記事項(医療職は専門分野を記入)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

携行資機材(お持ちのものに○を付けてください)

- 1 移動用車両(冬タイヤ 有・無) 2 診療テント 3 チーム用寝具 4 チーム用食料
- 5 連絡手段(携帯電話・衛星電話・MCA無線・その他())
- 6 内服医薬品 7 点滴類 8 インスリン 9 小外科処置用具
- 10 患者搬送用車両 11 パソコン(通信回線 付・無)
- 12 その他()

車両の台数

救急車 台・資材車 台・トラック 台 パワーゲートの有無 有・無

活動中連絡先

氏名	電話番号	メールアドレス

※ 以下は地域保健医療福祉調整本部が記入
派遣先(市町村名・担当救護所等)
