

## 16 . 資料集・様式集

- ・ ここでは、災害時に必要となる関連機関の連絡先、その他の資料、各種報告・要請に必要な様式を掲載します。
- ・ 災害時には、この中から必要な部分を複写してください。

## 様式一覧

記述箇所	様式番号	名 称
1 医療救護所	1 - 1	医療救護所の状況報告(当初)
1 医療救護所	1 - 2	医療救護所の開設報告
1 医療救護所	1 - 3	医療救護所の活動状況報告
2 救護病院	2 - 1	救護病院の院内状況報告
3 災害支援病院	2 - 2	災害支援病院の院内状況報告
4 広域災害支援病院	2 - 3	広域災害支援病院の院内状況報告
3 災害支援病院	3 - 1	応援班設置報告書(支部応援班設置病院)
4 広域災害支援病院	3 - 2	応援班設置報告書(広域応援班設置病院)
1 医療救護所、2 救護病院 13 医薬品の供給について	4 - 1	医薬品要請書(救護所・救護病院)
3 災害支援病院、11 市町村本部 13 医薬品の供給について	4 - 2	医薬品要請書(市町村本部・支援病院)
4 広域災害支援病院、10 医療支部 13 医薬品の供給について	4 - 3	医薬品要請書(医療支部・広域支援病院)
13 医薬品の供給について	4 - 4	医薬品等発注書
13 医薬品の供給について	4 - 5	医薬品等受領書
13 医薬品の供給について	4 - 6	医薬品等調達あっせん(移送)要請書
13 医薬品の供給について	4 - 7	医薬品等緊急輸送要請書
1 医療救護所、2 救護病院	5 - 1	応援(班)要請書(救護所・救護病院)
3 災害支援病院、11 市町村本部	5 - 2	応援(班)要請書(市町村本部・支援病院)
4 広域災害支援病院、10 医療支部	5 - 3	応援(班)要請書(医療支部・広域支援病院)
2 救護病院	6 - 1	重症患者受入要請書(救護病院)
3 災害支援病院、11 市町村本部	6 - 2	重症患者受入要請書(市町村本部・支援病院)
4 広域災害支援病院、10 医療支部	6 - 3	重症患者受入要請書(医療支部・広域支援病院)
1 医療救護所、2 救護病院	7 - 1	物資等要請書(救護所・救護病院)
3 災害支援病院、11 市町村本部	7 - 2	物資等要請書(市町村本部・支援病院)
4 広域災害支援病院、10 医療支部	7 - 3	物資等要請書(医療支部・広域支援病院)
11 市町村本部	8 - 1	医療救護体制報告書(市町村本部)
10 医療支部	8 - 2	医療救護体制報告書(医療支部)
12 輸血用血液の供給について	9 - 1	輸血用血液供給要請書
12 輸血用血液の供給について	9 - 2	輸血用血液受領書
12 輸血用血液の供給について	9 - 3	高知県血液センター被害状況及び血液保有状況報告書

医療救護所の状況報告(当初)

情報ルート

医療救護所	市町村本部
-------	-------

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻		月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

1 開設場所の被害状況

(1) 施設利用開設

建物の被害	区 分	摘 要
ほとんど影響がない		
一部対応不能		
全く対応不能		

(2) テント利用開設

テント設営	区 分	摘 要
可能		
整理すれば可能		
不 能		

2 周辺の被害状況

3 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一部不可	使用不可	区 分	有 り	不 足	無
電気系統				発電用燃料			
水				医薬品			
ガス系統				JM3			
電話系統				資機材			
空 調							

4 開設に対する意見

区 分	摘 要
施設設備上は開設可能	
措置を講ずれば開設可能	
開設不可	

5 開設に必要な措置(要請事項)

6 職員の参集状況(既に参集している場合に記載)

区 分	医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	そ の 他 職 員
ほぼ計画どおり可能	人	人	人	人	人
一部対応不能(80%程度)	人	人	人	人	人
全く対応不能(50%以下)	人	人	人	人	人

注) 1 診療所、公民館等施設を利用して開設の場合は、当該施設の管理者が報告  
 注) 2 広場等でテント設営により開設の場合は、当該医療救護所設営担当者が報告

## 医療救護所の開設報告

情報ルート

医療救護所	市町村本部
-------	-------

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻	月 日 時 分	
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

1 開設場所の被害状況

(1) 開設時間

年 月 日 時 分

(2) 開設場所

2 周辺の被害状況

3 職員の参集状況

区 分	医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員
ほぼ計画どおり可能	人	人	人	人	人
一部対応不能(80%程度)	人	人	人	人	人
全く対応不能(50%以下)	人	人	人	人	人

4 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一部不可	使用不可	区 分	有 り	不 足	無
電気系統				発電用燃料			
水				医薬品			
ガス系統				JM3			
電話系統				資機材			
空調							

5 被災者の状況

6 要請情報

(1) 従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員	搬送人員
人	人	人	人	人	人

(2) 必要物資等

医療救護所の活動状況報告(第 回)

情報ルート

医療救護所	市町村本部
-------	-------

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻		月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

1 周辺の被害状況(変化がある場合に記載)

2 従事者の状況

区 分	医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員	搬送人員
現在の人員	人	人	人	人	人	人

3 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一部不可	使用不可	区 分	有 り	不 足	無
電気系統				発電用燃料			
水				医薬品			
ガス系統				JM3			
電話系統				資機材			
空調							

4 被災者の状況

トリアージ済み	人	
トリアージ待ち	人	
要搬送患者	人	
死亡者	人	

5 要請情報

(1) 従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員	搬送人員
人	人	人	人	人	人

(2) 必要物資等

6 支援情報(人員・物資等に余裕がある場合に記載)

## 救護病院の院内状況報告

情報ルート

救護病院	市町村本部	医療支部
------	-------	------

情報発信機関		市町村本部	医療支部
受信月日・時刻	/	月 日 時 分	月 日 時 分
受信者氏名			
発信月日・時刻	月 日 時 分	月 日 時 分	/
発信者氏名			
整理番号	第 号	第 号	第 号

1 医療救護活動の可否

区 分	可	不可
救護活動の可・不可		

2 手術機能等の状況

区 分	手術機能	検査機能	病棟機能	給食機能
ほぼ計画どおり可能				
一部対応不能				
全く対応不能				

3 職員の状況

区 分	医 師	看 護 師	薬 剤 師	技 師	その他職員
ほぼ計画どおり可能	人	人	人	人	人
一部対応不能	人	人	人	人	人
全く対応不能	人	人	人	人	人

4 建物の状況

区 分	摘 要
ほとんど影響がない	
一部対応不能	
全く対応不能	

5 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一 部 不 可	使 用 不 可	区 分	正 常	一 部 不 可	使 用 不 可
電気系統				発電用燃料			
水				電話系統			
ガス系統				プロパンガス			
自動車通行				徒歩通行			
空調							

6 空床状況

病床数	空床数	仮設ベッド数

7 要請情報

(1) 医療従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	技 師	その他職員
人	人	人	人	人

(2) その他

8 支援情報

(1) 医療従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	技 師	その他職員
人	人	人	人	人

(2) その他

## 災害支援病院の院内状況報告

情報ルート

災害支援病院	医療支部	医療本部
--------	------	------

情報発信機関	医療支部		医療本部	
受信月日・時刻	月 日 時 分		月 日 時 分	
受信者氏名				
発信月日・時刻	月 日 時 分		月 日 時 分	
発信者氏名				
整理番号	第 号		第 号	

1 医療救護活動の可否

区 分	可	不可
救護活動の可・不可		

2 手術機能等の状況

区 分	手術機能	検査機能	病棟機能	給食機能
ほぼ計画どおり可能				
一部対応不能				
全く対応不能				

3 職員の状況

区 分	医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員
ほぼ計画どおり可能	人	人	人	人	人
一部対応不能	人	人	人	人	人
全く対応不能	人	人	人	人	人

4 建物の状況

区 分	摘 要
ほとんど影響がない	
一部対応不能	
全く対応不能	

5 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一部不可	使用不可	区 分	正 常	一部不可	使用不可
電気系統				発電用燃料			
水				電話系統			
ガス系統				プロパンガス			
自動車通行				徒歩通行			
空調							

6 空床状況

病床数	空床数	仮設ベッド数

7 要請情報

(1) 医療従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員
人	人	人	人	人

(2) その他

8 支援情報

(1) 医療従事者

医 師	看 護 師	薬 剤 師	他医療職	その他職員
人	人	人	人	人

(2) その他

## 広域災害支援病院の院内状況報告

情報ルート

広域災害支援病院	医療本部
----------	------

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻		月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

1 医療救護活動の可否

区 分	可	不可
救護活動の可・不可		

2 手術機能等の状況

区 分	手術機能	検査機能	病棟機能	給食機能
ほぼ計画どおり可能				
一部対応不能				
全く対応不能				

3 職員の状況

区 分	医 師	歯科医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他職員
ほぼ計画どおり可能	人	人	人	人	人	人
一部対応不能(70%程度)	人	人	人	人	人	人
全く対応不能(50%以下)	人	人	人	人	人	人

4 建物の状況

区 分	摘 要
ほとんど影響がない	
一部対応不能	
全く対応不能	

5 ライフライン等の状況

区 分	正 常	一部不可	使用不可	区 分	正 常	一部不可	使用不可
電気系統				発電用燃料			
水				電話系統			
ガス系統				プロパンガス			
自動車通行				徒歩通行			
空調				その他			

6 空床状況

病床数	空床数	仮設ベッド数

7 要請情報

(1) 医療従事者

医 師	歯科医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他職員
人	人	人	人	人	人

(2) その他

8 支援情報

(1) 医療従事者

医 師	歯科医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他職員
人	人	人	人	人	人

(2) その他

## 支 部 応 援 班 設 置 報 告 書

情報ルート

災害支援病院 (支部応援班設置病院)	<b>医療支部</b>
-----------------------	-------------

情報発信機関		医療支部
受信年月・時刻	月 日 時 分	
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

応援出動の際使用するヘリポート名	北緯	東経
	度分秒	度分秒

	第1班		第2班		第3班	
	氏 名	科	氏 名	科	氏 名	科
医 師						
看 護 師						
薬 剤 師						
事 務 職 員						
運 転 手						
<b>合 計</b>	人		人		人	
班 長 氏 名						
派 遣 先						
移 動 手 段						
出 発 時 間						
現 地 到 着 時 間						
帰 着 時 間						
携 帯 無 線 番 号						

\* ファックスを使用できない時は、電話、無線等利用できる手段を使い、編成した応援班数、職種別人員を報告する。

## 広域応援班設置報告書

情報ルート

広域災害支援病院 (広域応援班設置病院)	<b>医療本部</b>
-------------------------	-------------

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻	月 日 時 分	
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

応援出動の際使用するヘリポート名		北緯	東経
		度分秒	度分秒

	第1班		第2班		第3班	
	氏名	科	氏名	科	氏名	科
医 師						
看 護 師						
薬 剤 師						
事 務 職 員						
運 転 手						
<b>合 計</b>	人		人		人	
班長氏名						
派遣先						
移動手段						
出発時間						
現地到着時間						
帰着時間						
携帯無線番号						

\* ファックスを使用できない時は、電話、無線等利用できる手段を使い、編成した応援班数、職種別人員を報告する。

**医薬品要請書**

情報ルート

\* 回答チェック欄

医療救護所 救護病院 仮設救護病院	<b>市町村本部</b>
-------------------------	--------------

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻		月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

受領希望地			
	ヘリポート名称		
ヘリポート 緯 度	北緯	度	分 秒
	東経	度	分 秒

**要請医薬品**

品 名	数 量	規格等
(備考)		

**医薬品供給応諾連絡書**

<b>市町村本部</b>	医療救護所 救護病院 仮設救護病院
--------------	-------------------------

情報発信機関	市町村本部	
受信年月・時刻		月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

供給場所	
予定時刻	

**供給医薬品**

数 量	規格等	ヘリポート	
		北緯	東経
		度	度
		分 秒	分 秒
(備考)			

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

**医薬品要請書**

情報ルート

\* 回答チェック欄

市町村本部 災害支援病院	医療支部
-----------------	------

情報発信機関		医療支部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

受領希望地			
ヘリポート名称			
ヘリポート 緯 度	北緯	度	分 秒
	東経	度	分 秒

要請医薬品

品 名	数 量	規格等
(備考)		

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

**医薬品供給応諾連絡書**

医療支部

市町村本部  
災害支援病院

情報発信機関	医療支部	
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

供給場所	
予定時刻	

供給医薬品

数 量	規格等	ヘリポート	
		北緯	東経
		度	度
		分	分
		秒	秒
(備考)			

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

**医薬品要請書**

情報ルート

\* 回答チェック欄

医療支部  
広域支援病院

**医療本部**

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

受領希望地			
ヘリポート名称			
ヘリポート 緯 度	北緯	度	分 秒
	東経	度	分 秒

**要請医薬品**

品 名	数 量	規格等
(備考)		

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

**医薬品供給応諾連絡書**

**医療本部**

医療支部  
広域支援病院

情報発信機関	医療本部	
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

供給場所	
予定時刻	

**供給医薬品**

数 量	規格等	ヘリポート	
		北緯	東経
		度	度
		分	分
		秒	秒
(備考)			

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

医 薬 品 等 発 注 書

年 月 日

高知県医薬品卸業協会 様

高知県災害医療対策本部長

電話 ( ) -

下記医薬品等を発注します。

1 発注医薬品等

品 名	規格等	数 量	品 名	規格等	数 量

2 受渡し希望日時、場所

受渡し日時 年 月 日 時

受渡し場所

発注者サイン

医 薬 品 等 受 領 書

年 月 日

様

長

下記医薬品等を受領しました。

1 受領医薬品等

品 名	規格等	数 量	品 名	規格等	数 量

2 受取り日時、場所

受領日時 年 月 日 時

受領場所

受領者サイン

様式第 4号－ 6

医 薬 品 等 調 達 あ っ せ ん ( 移 送 ) 要 請 書

高知県災害医療対策 支部長 様

第 号  
平成 年 月 日  
発信時刻 時 分  
高知県災害医療対策本部長

医薬品等の移送を下記のとおり要請する。

1 移 送 先

2 移送する医薬品等

品 名	規 格 等	数 量	備 考

(注)品名は、薬効別分類小分類により記入すること

3 移送方法及び医薬品等積載場所

様式第 4号－ 7

医 薬 品 等 緊 急 輸 送 要 請 書

(厚生労働大臣) 様  
(都道府県知事)

第 号  
平成 年 月 日  
発信時刻 時 分  
高知県災害医療対策本部長

医薬品等の緊急輸送を次のとおり要請する。

1 緊急輸送先

2 緊急輸送する医薬品等

品 名	規 格 等	数 量	備 考

3 輸送方法

## 応 援 ( 班 ) 要 請 書

情報ルート

\* 回答チェック欄



医療救護所  
救護病院  
仮設救護病院

**市町村本部**

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

内容

必 要 人 員					派 遣 場 所 (含むヘリポート)			
医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯度・経度	
							北緯	東経
人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

## 派 遣 応 諾 連 絡 書

**市町村本部**

医療救護所  
救護病院  
仮設救護病院

情報発信機関	市町村本部	
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

派遣予定時刻

派 遣 人 員					派 遣 場 所 (含むヘリポート)			
医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯度・経度	
							北緯	東経
人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

### 応 援 ( 班 ) 要 請 書

情報ルート

\* 回答チェック欄



市町村本部  
災害支援病院

**医療支部**

情報発信機関		医療支部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

内容

必 要 人 員					派 遣 場 所 ( 含 む ヘ リ ポ ー ト )			
医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯 度 ・ 経 度	
							北緯	東経
人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

### 派 遣 応 諾 連 絡 書

**医療支部**

市町村本部  
災害支援病院

情報発信機関	医療支部	市町村本部 災害支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

派遣予定時刻

派 遣 人 員					派 遣 場 所 ( 含 む ヘ リ ポ ー ト )			
医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯 度 ・ 経 度	
							北緯	東経
人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

**応 援 ( 班 ) 要 請 書**

情報ルート

\* 回答チェック欄

医療支部 広域支援病院	医療本部
----------------	------

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

内容

必要人員						派遣場所 (含むヘリポート)			
医師	歯科医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯度・経度	
人	人	人	人	人	人			北緯	東経
人	人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

**派 遣 応 諾 連 絡 書**

医療本部	医療支部 広域支援病院
------	----------------

情報発信機関	医療本部	医療支部 広域支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

派遣予定時刻	
--------	--

派遣人員						派遣場所 (含むヘリポート)			
医師	歯科医師	看護師	薬剤師	他医療職	その他	名 称	所 在 地	緯度・経度	
人	人	人	人	人	人			北緯	東経
人	人	人	人	人	人			度 分 秒	度 分 秒

## 重症患者受入要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄

救護病院	<b>市町村本部</b>
仮設救護病院	

情報発信機関	病院	市町村本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

搬送手段の有無

内容

症状別重症患者	人 数	要 請 病 院 所 在 地 (含むヘリポート)		
外 傷	人		ヘリポート	
妊 産 婦	人		緯度・経度	
口腔外科	人		北緯	東経
透 析	人		度	度
そ の 他	人		分	分
計	人		秒	秒

## 重症患者受入斡旋書

<b>市町村本部</b>	救護病院
	仮設救護病院

情報発信機関	市町村本部	病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

搬送手段派遣予定時刻

月 日 時 分

内容

症状別重症患者	人 数	受入病院	所 在 地 (含むヘリポート)	
外 傷	人		ヘリポート	
妊 産 婦	人		緯度・経度	
口腔外科	人		北緯	東経
透 析	人		度	度
そ の 他	人		分	分
計	人		秒	秒

### 重症患者受入要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄

市町村本部	<b>医療支部</b>
災害支援病院	

情報発信機関		医療支部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

搬送手段の有無

**内容**

症状別重症患者	人 数	要 請 病 院 所 在 地 (含むヘリポート)		
外 傷	人		ヘリポート	
妊産婦	人		緯度・経度	
口腔外科	人		北緯	東経
透 析	人		度	度
その他	人		分	分
計	人		秒	秒

### 重症患者受入斡旋書

<b>医療支部</b>	市町村本部
	災害支援病院

情報発信機関	医療支部	市町村本部 災害支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

搬送手段派遣予定時刻

**内容**

症状別重症患者	人 数	受入病院	所 在 地 (含むヘリポート)		
外 傷	人			ヘリポート	
妊産婦	人			緯度・経度	
口腔外科	人			北緯	東経
透 析	人			度	度
その他	人			分	分
計	人			秒	秒

### 重症患者受入要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄

医療支部	<b>医療本部</b>
広域災害支援病院	

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

搬送手段の有無

内容

症状別重症患者	人 数	要 請 病 院 等 所 在 地 (含むヘリポート)		
外 傷	人		ヘリポート	
妊 産 婦	人		緯度・経度	
口腔外科	人		北緯	東経
透 析	人		度	度
そ の 他	人		分	分
計	人		秒	秒

### 重症患者受入斡旋書

<b>医療本部</b>	医療支部
広域災害支援病院	

情報発信機関	医療本部	医療支部 広域支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

搬送手段派遣予定時刻

月 日 時 分

内容

症状別重症患者	人 数	受入病院	所 在 地 (含むヘリポート)	
外 傷	人		ヘリポート	
妊 産 婦	人		緯度・経度	
口腔外科	人		北緯	東経
透 析	人		度	度
そ の 他	人		分	分
計	人		秒	秒

### 物資等要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄



医療救護所 救護病院 仮設救護病院	<b>市町村本部</b>
-------------------------	--------------

情報発信機関		市町村本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

必要とする物資等

受領希望地	
-------	--

品 名	規格等	数 量	備 考

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

### 物資等供給応諾連絡書

<b>市町村本部</b>	医療救護所 救護病院 仮設救護病院
--------------	-------------------------

情報発信機関	市町村本部	
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

供給する医薬品

供給場所	
予定時刻	

品 名	規格等	数 量	備 考

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

### 物資等要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄



市町村本部 災害支援病院	医療支部
-----------------	------

情報発信機関		医療支部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

必要とする物資等

受領希望地	
-------	--

品 名	規格等	数 量	備 考	ヘリポート	
				北緯	東経
				度	度
				分	分
				秒	秒

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

### 物資等供給応諾連絡書

医療支部	市町村本部 災害支援病院
------	-----------------

情報発信機関	医療支部	市町村本部 災害支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

供給する物資等

供給場所	
予定時刻	

品 名	規格等	数 量	備 考	ヘリポート	
				北緯	東経
				度	度
				分	分
				秒	秒

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

### 物資等要請書

情報ルート

\* 回答チェック欄



医療支部 広域支援病院	医療本部
----------------	------

情報発信機関		医療本部
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

必要とする物資等

受領希望地	
-------	--

品 名	規格等	数 量	備 考	ヘリポート	
				北緯	東経
				度	度
				分	分
				秒	秒

\* 備考欄には、道路状況等必要事項を適宜記載。

### 物資等供給応諾連絡書

医療本部	医療支部 広域支援病院
------	----------------

情報発信機関	医療本部	医療支部 広域支援病院
受信年月・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

供給する物資等

供給場所	
予定時刻	

品 名	規格等	数 量	備 考	ヘリポート	
				北緯	東経
				度	度
				分	分
				秒	秒

\* 備考欄には、供給元(者)、搬送方法等必要事項を適宜記載。

## 市町村救護体制の報告

情報ルート

市町村本部	医療支部
-------	------

情報発信機関	市町村本部	医療支部
受信月日・時刻	/	月 日 時 分
受信者氏名	/	
発信月日・時刻	月 日 時 分	/
発信者氏名		/
整理番号	第 号	第 号

施設名	救護病院	救護病院	仮設救護病院	仮設救護病院
開設の可否				
参集状況(計)	人	人	人	人
医師	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人
薬剤師	人	人	人	人
他医療職	人	人	人	人
その他	人	人	人	人
ライフライン等				
電気				
水				
ガス				
空調				
通信				
手術機能				
検査機能				
空床数				
仮設ベッド数				

開設した医療救護所

箇所 (医師 人、看護師 人、薬剤師 人、他医療職 人、その他 人)

応援可能な医療チーム(予備)

医師 人、看護師 人、薬剤師 人、他医療職 人、その他 人

支援可能な医薬品・衛生材料

## 医療支部救護体制の報告( 回)

情報ルート

医療支部	医療本部
------	------

情報発信機関	医療支部	医療本部
受信月日・時刻	月 日 時 分	
受信者氏名		
発信月日・時刻	月 日 時 分	
発信者氏名		
整理番号	第 号	第 号

施設名	支援病院				施設名	支援病院(代替病院含む)			
開設の可否					開設の可否				
医師	人	電気		手術	医師		電気		手術
看護師	人	水		検査	看護師		水		検査
薬剤師	人	ガス		空床数	薬剤師		ガス		空床数
他医療職	人	空調		仮設ベッド	他医療職		空調		仮設ベッド
その他	人	通信			その他		通信		

### 支部管内の医療救護体制

市町村名	救護病院		仮設救護病院		医療救護所		支援可能スタッフ			
	個所数	医師数	個所数	医師数	個所数	医師数	医師	看護師	薬剤師	他医療職
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
		人		人		人	人	人	人	人
計										

支援可能な医薬品・衛生材料

輸 血 用 血 液 供 給 要 請 書

様

第 号  
平成 年 月 日  
発信時刻 時 分 長

輸血用血液の供給を次のとおり要請する。

1 必要とする救護施設等

- (1) 名 称
- (2) 所 在 地
- (3) 代 表 者

2 必要とする輸血用血液

製 剤 名	ABO 式	Rh 式	単 位	製 剤 名	ABO 式	Rh 式	単 位

3 受渡し場所、方法等

- (1) 場 所
- (2) 運搬方法
- (3) 受 領 者
  - ア 所 属
  - イ 氏 名
  - ウ 職 名

輸 血 用 血 液 受 領 書

年 月 日

様

長

下記 輸血用血液を受領しました。

製 剤 名	ABO式	Rh式	単位	製 剤 名	ABO式	Rh式	単位

2 受取り日時、場所

受領日時 年 月 日 時

受領場所

受領者サイン

