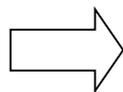


# 被災状況報告・応援要請連絡票 第 報

## 被災状況連絡票

送信元	施設名：  <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護・福祉施設
	担当者名：
	携帯電話：



宛先	<input type="checkbox"/> 兵庫県看護協会 <b>FAX : 078-361-6652</b>
	<input type="checkbox"/> 地区理事 <b>FAX :</b>

現時点の被害状況及び支援要請は下記のとおりです。< 年 月 日 時 分現在 >

被害がない場合、応援要請の必要がない場合にもご返信をお願いいたします

## 1. 施設の職員・建物等の被害状況

建物の被害	・なし ・あり（被害状況： ）
通信手段の影響	・なし ・あり（今後の通信手段： ）
設備・備品等の破損	・なし ・あり⇒（状況： ）
ライフラインの被害	・なし ・あり⇒被害状況（電気 可・不可：水道 可・不可 ：医療ガス 可・不可）
患者・入所者の避難	・施設内で待機 ・全員避難 ・一部避難（避難不可重傷者：あり・なし）
避難場所	・施設内（場所： ） ・施設外（場所： ）
避難不可の重傷者の人数	・人数（ ）人 ・状況（ ）
職員（全職員）への被害	・なし ・あり（被害状況： ）
業務遂行への影響	・なし ・あり⇒影響の程度（全面不可・半分不可・一部不可）

## 2. 被災者の受け入れ状況

被災者の受け入れ状況	・なし ・あり（ ）人 ⇒状況（ ）
------------	-----------------------

## 3. 災害支援ナースの派遣に関すること

必要人数	・人数（ ）人
------	---------

## 4. 貴施設までの交通機関等への影響

交通機関への影響	・なし ・不明 ・あり（分かる範囲で状況記載： ）
道路への影響	・なし ・不明 ・あり（分かる範囲で状況記載： ）
貴施設へのアクセス状況	<input type="checkbox"/> 自動車は通行可 <input type="checkbox"/> バイクのみ通行可 <input type="checkbox"/> 徒歩のみ <input type="checkbox"/> 影響なし <input type="checkbox"/> 不明

## 5. 特記・その他連絡事項

--

## 兵庫県看護協会への連絡方法

①FAX : 078-361 - 6652 TEL : 078-341-0190

②e-mail : [saigai@hna.or.jp](mailto:saigai@hna.or.jp) ホームページ <http://www.hna.or.jp>