

いなべ医師会 災害時状況連絡票

地震・風水害などにより甚大な被害が生じた場合に通報してください

いなべ医師会事務局

電話:0594(72)6975

FAX:0594(72)6746 E-Mail:inabemed@inabe-med.or.jp

医療機関名			
住所		電話	
報告者名		FAX	

報告日時	年	月	日	午前 午後	時	分
------	---	---	---	----------	---	---

○患者治療 可 ・ 否

(注) 患者治療が「否」の場合であっても、「可」となった時点で通報ください。

○病院治療への応援の可否 可 ・ 否

(注) 病院治療への応援にかけつけることができるかどうかをご記入ください。

○報告時点で可能な診療科目

- (医科) ①内科 ②精神科・神経科 ③小児科 ④外科
⑤整形外科 ⑥脳神経外科 ⑦皮膚科 ⑧泌尿器科
⑨産婦人科 ⑩眼科 ⑪耳鼻咽喉科
⑫その他 ()
(歯科) ⑬歯科

◆不足している医薬品・医療材料など ※通常ルートで確保できない場合のみ記入して下さい

◆連絡事項 —被災の状況、近隣の状況、要請事項など記載してください—