

# 桑員歯科医師会 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

桑員歯科医師会

電話:0594(22)3517

FAX:0594(22)9380 E-Mail:soin.d.a@wish.ocn.ne.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
------	---	---	---	----------	---	---

◆本人の安否 安全 ・ 軽傷 ・ 重傷  
(歯科医師の安否)

◆診療可否 可能 ・ 不可能

※セコム安否確認システムの [ ▼ 出社可否 ] は【 ▼ 診察可否 】に読み替え、

[ 出社済 ] を【 診察可 】に、[ 不可 ] を【 診察不可 】とします。

また、[ 概ね1時間以内 ] [ 概ね3時間以内 ] [ その他 ] は使用しないで下

状況が変化した場合には、再度ご連絡ください

◆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—