

様式集 2

参考様式 (高知県災害時医療救護計画を参考)

◇県医療本部、県医療支部、市町村、医療機関等の連絡に使用する様式

共通様式1、2-1、2-2

「災害直後情報 (EMIS緊急時入力：代行入力依頼書)」

- ・医療機関の被災状況及び傷病者の受入の可否を報告するもので、医療機関がEMISに入力をできない状況の時に記入し、災害拠点病院以外の医療機関の代行入力を町災害対策本部に依頼する。ただし、町災害対策本部が入力できない場合は、県医療支部が代行入力を行う。

共通様式3

「医療救護活動状況報告」

- ・医療救護所内の情報を記入し、定期的に町災害対策本部へ報告し、必要な支援を要請する

共通様式4、6、様式14-1

4「医療従事者等派遣要請書」

6「物資等供給要請書 兼 応諾連絡票」

14-1「医薬品等供給要請書 兼 応諾連絡書」

- ・医療救護所は人員 (様式4)、物資 (様式6)、医薬品または医療機材等 (様式14-1) の要請があった場合は町災害対策本部へ支援要請をする。災对本部は可能な限り確保に努め、困難な場合は県医療支部へ支援要請をする

共通様式5

「重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書 (付表) 患者詳細情報」

- ・傷病者を搬送するための受け入れ病院の手配を町災害対策本部に要請をする
町内の医療機関及び指定している救護病院で、収容が困難な場合は県医療支部に受け入れ病院の手配を要請する

様式12

災害時医療カルテ

- ・避難所や福祉避難所などでの診療や投薬の際の、通常の診療録 (カルテ) に代わり、利用をする

発災直後情報

(EMIS緊急時入力：代行入力依頼書)

送 信 先					
発 信 元	医療機関名	担 当			
	電話番号	F A X 番 号			
	メールアドレス				
日 時	年	月	日	時	分

1 医療機関機能情報（該当項目を○で囲ってください。）

入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ	有	無
ライフライン・サプライ状況 （代替手段でのご使用時は、供給「無」または「不足」を選択してください。）		
電気の通常の供給	無	有
水の通常の供給	無	有
医療ガスの不足	不足	充足
医薬品・衛生資機材の不足	不足	充足
多数患者の受診	有	無
職員の不足	不足	充足

2 その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県医療本部に、災害拠点病院は県医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

詳細情報 第 報

(EMIS詳細入力：代行入力依頼書)

送 信 先					
発 信 元	医療機関名	担 当			
	電話番号	F A X 番 号			
日 時	年	月	日	時	分

1 施設の倒壊、または倒壊のおそれ（該当項目を○で囲ってください。）

入院病棟	有	無	救急外来	有	無
一般外来	有	無	手術室	有	無
その他（上記以外に倒壊、または破損のおそれのある施設の状況を記入してください。）					

2 ライフライン・サプライ状況（該当項目を○で囲ってください。）

電気の 使用状況	停電中	発電機 使用中	正 常	残り(発電機使 用中の場合)	半日・1日・2日以上
水道の 使用状況	枯渇	井戸 使用中	貯水・給水 対応中	正 常	残り(貯水・給水 対応中の場合)
医療ガスの 使用状況	枯渇	供給の 見込無し	供給の 見込有り		残り(供給の見 込無しの場合)
	配管破損の有無		有	無	半日・1日・2日以上
食糧の 使用状況	枯渇	備蓄で 対応中	通常の供給		残り(備蓄で対 応中の場合)
医薬品の 使用状況	枯渇	備蓄で 対応中	通常の供給		残り(備蓄で対 応中の場合)
不足している医薬品（具体的に不足している医薬品を記入してください。）					

3 医療機関の機能（該当項目を○で囲ってください。）

手術可否	不可	可	人工透析可否	不可	可
------	----	---	--------	----	---

発信元	医療機関名
-----	-------

4 現在の患者状況(数値を記入)

発災後受け入れた患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
在院患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
実働病床数	床			

5 今後、転院が必要な患者数(数値を記入)

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人				
	人工呼吸	人	酸素	人	担送	人	護送	人

6 今後、受け入れ可能な患者数(数値を記入)

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人				
災害時の診療能力(災害時の受け入れ重症患者数)			人					
	人工呼吸	人	酸素	人	担送	人	護送	人

7 外来受付状況及び外来受付時間

外来受付状況	受付不可	救急のみ	下記の通り受付
時間帯 1	時 分 ~	時 分	
時間帯 2	時 分 ~	時 分	
時間帯 3	時 分 ~	時 分	

8 職員数

医師総数	人	DMAT 医師数	人	DMAT 看護師数	人	業務調整 員数	人
出勤職員数	出勤医師数		人 (内、DMAT隊員数		人)		
	出勤看護師数		人 (内、DMAT隊員数		人)		
	その他出勤人数		人 (内、DMAT隊員数		人)		

9 その他(アクセス状況等、特記事項を記入してください。)

--

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県医療本部に、災害拠点病院は県医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

医療救護活動状況報告

送 信 先					
発 信 元	医療機関名	担 当			
	電話番号	F A X 番 号			
日 時	年	月	日	時	分

1 報告対象期間

 月 日

チェック時間帯			
<input type="checkbox"/>	0:00 ~ 4:00	<input type="checkbox"/>	12:00 ~ 16:00
<input type="checkbox"/>	4:00 ~ 8:00	<input type="checkbox"/>	16:00 ~ 20:00
<input type="checkbox"/>	8:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/>	20:00 ~ 24:00

2 受入負傷者数 (1の時間帯に受け入れた患者の人数)

区分	人数	備考 (処置完了状況等を記入)	
赤	人		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 累積死亡者数 (治療待ち又は 治療中に死亡) </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center;"> 人 </div>
黄	人		
緑	人		
黒	人	受入時点で黒と判断した人数	

3 医療従事者状況 (現在活動中の人数)

医師	看護師	歯科医師	薬剤師	その他医療職員	事務職員

4 傷病者の受入可能数 (概数で可)

重傷者	中等症者	軽傷者

5 その他

(特記する事項があれば記入してください。)

整理番号	第 号
受信者	

共通様式 4

医療従事者等派遣 要請書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

- ①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県医療支部 ⑥県医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者
機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分
月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者

参集場所

備考

必要人員						活動場所
医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他医療職	事務職員	

医療従事者等派遣 応諾連絡書

市町村派遣人員						派遣場所
医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他医療職	事務職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関		
月 日～	月 日					

県医療支部派遣人員						派遣場所
医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他医療職	事務職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関		
月 日～	月 日					

県医療本部派遣人員						派遣場所
医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他医療職	事務職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関		
月 日～	月 日					

共通様式 6

物資等供給要請書 兼 応諾連絡書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

- ①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県医療支部 ⑥県医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分	→	月 日 時 分	→	月 日 時 分	→	月 日 時 分
担当者	要請	担当者	要請	担当者	要請	担当者
機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分
月 日 時 分	←	月 日 時 分	←	月 日 時 分	←	月 日 時 分
担当者	連絡	担当者	連絡	担当者	連絡	担当者

受渡し場所

備考

要請物資等				供給物資等			
品 名	規格等	数量	備考	④市町村	⑤県医療支部	⑥県医療本部	備考

医薬品等供給要請書 兼 応諾連絡書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県医療支部 ⑥県医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者
機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分
月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者

受渡し場所

備考

(要請) 要請医薬品等					(応諾) 供給医薬品等			
薬効分類 (3桁)	製品名	一般名	規格	数量	④ 市町村	⑤ 県医療支部	⑥ 県医療本部	備考 (同効薬等)

共通様式 5

重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書

■機関区分（区分の枠に番号を記入すること）

①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県医療支部 ⑥県医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分	要請	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者
機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分		機関名 区分
月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分	連絡	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者		担当者

搬送手段の有無

備考

要請元記載項目					応諾機関記載項目	
tag. no.	氏 名	年齢	性別	症 状 (トリアージ区分も記載)	調整 機関 区分	受け入れ先 医療機関

※患者詳細情報（付表）あり

患者詳細情報

（重症患者等受入要請書に添付）

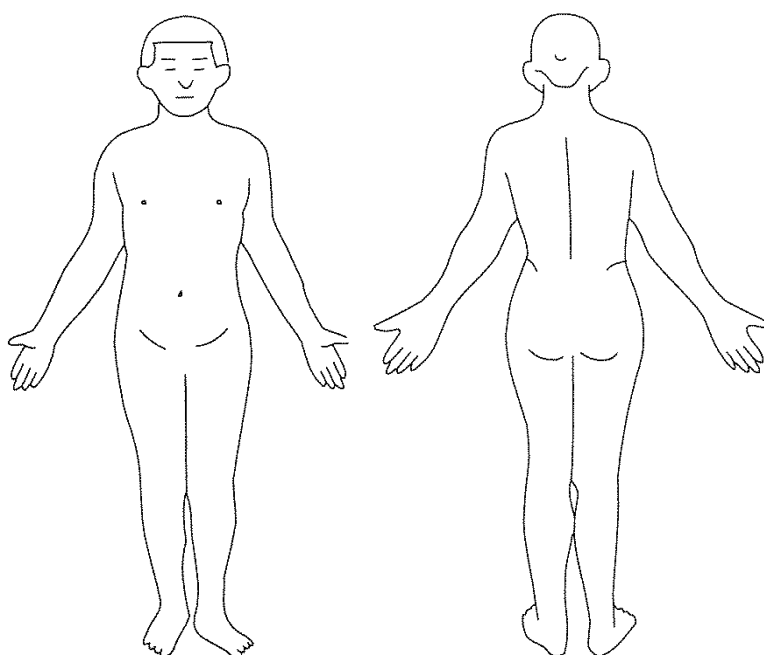
送信先					
発信元	医療機関名	担当	電話		
日時	年	月	日	時	分

患者情報

tag. no.	氏名	年齢	性別
住所	トリアージ 実施日 時刻		月 日 時 分
トリアージ 結果	<input type="checkbox"/> 赤タグ（重症） <input type="checkbox"/> 黄タグ（中等症）		
傷病名			

特記事項

（搬送・治療上特に留意すべき事項）



2 様式 (様式 12)

災害時医療カルテ

表面

初診年月日		初診場所	初診医師所属・氏名
氏名		性別 男・女	主傷病名
生年月日	年齢	血液型	
住所		電話番号	既往歴
連絡先		電話番号	転帰
成人患者	居住場所		家族歴
配偶者氏名			
子供氏名			
小児患者	居住場所		
父親氏名			
母親氏名			

《患者さんへ》

- ※ この「災害時医療カルテ」は、避難所や巡回診療でのあなたの診療履歴を記録するものです。大切に保管し、次に避難所や巡回診療で診察を受けるときにも必ず医師に見せてください。
- ※ また、病院が復旧し、かかりつけの病院・診療所ができたなら診療記録を引き継ぎますので、このカルテは医師に渡してください。

《医療救護活動にあたる医師の方へ》

- ※ 避難所や巡回診療など通常のカルテがない場合に、この災害時医療カルテを使用してください(お薬手帳を持っている場合は、その自由記載欄に書いても結構です)。
- ※ 2度目以降についても、後日の診断の参考となるようこのカルテに記載してください。通常の医療機関を受診できるようになれば、このカルテを引き継ぐことになります。

《一般の医療機関の医師(かかりつけ医など)の方へ》

- ※ このカルテを持参した患者さんのこれまでの受診履歴が記載されています。受診の際には、これを回収・保管し、診療の参考としてください。

(自由記入欄)