

一般社団法人 東京都医療社会事業協会  
災害時・連絡シート①

年 月 日現在

施設名	住所	確認者
可能な通信手段（ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> インターネット		
①協会員安否状況（職場 MSW）		
②被害状況（職場建物） <input type="checkbox"/> 被害なし・ <input type="checkbox"/> 一部損壊 ・ <input type="checkbox"/> 全壊・ <input type="checkbox"/> その他の被害		
診療状況	外来	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> その他
	入院	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> その他
新規患者受け入れ		<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 条件
③必要な物品・人手		
④その他要望		

一般社団法人 東京都医療社会事業協会 TEL/FAX 03-5944-8912  
 FAX 03-5944-9745

# < 記入例 >

一般社団法人 東京都医療社会事業協会

## 災害時・連絡シート①

○年△月×日現在

施設名 東京 MSW 病院	住所 東京都豊島区南大塚〇—△—×	確認者 東京花子
可能な通信手段（ <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> インターネット		
① 会員安否状況（職場 MSW） 私も含め、同僚の A と B も無事。		
② 害状況（職場建物） <input type="checkbox"/> 被害なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部損壊・ <input type="checkbox"/> 全壊・ <input checked="" type="checkbox"/> その他の被害 手術室の一部が使用不可		
診療状況	外来 <input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> その他	
	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input checked="" type="checkbox"/> その他	手術対応が一部困難な場合あり
新規患者受け入れ	<input checked="" type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 条件	
③ 必要な物品・人手 医療用ディスポ手袋、ガウンが今後足らなくなる見込み。		
④ その他要望 近隣地域の医療機関の稼働状況などの情報が欲しい。		

一般社団法人 東京都医療社会事業協会 TEL/FAX 03-5944-8912  
FAX 03-5944-9745