|  |
| --- |
| **施設名：** |

***神奈川県看護協会　行き***

**ＦＡＸ： 045-263-2905**

**Ｅ-mail: saigai@kana-kango.or.jp**

被害状況連絡用紙

第　　報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡年月日 | 連絡時間 | 連絡者氏名 |
| 年　　 月　　 日 | ： |  |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設内・ライフライン被害状況**（貴施設の状況を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **電　気** | 停電 | | | | | | 非常電源作動 | | | | | | その他 | | | | |
| 1無　　・　　　2有 | | | | | | 1可　　・　　　2不可 | | | | | |  | | | | |
| **上水道** | 1使用可能 | | | 2使用不可 | | | | **トイレ** | | | | 1使用可能 | | | | 2使用不可 | |
| **ガ　ス** | 1１使用可能 | | | | | | | | 2使用不可 | | | | | | | | |
| **通　信** | 電 話 | | | | | | | | | インターネット | | | | | | | |
| 1可 　　　・　　　 　2不可 | | | | | | | | | 1可　 　・　 　2不可 | | | | | | | |
| **建物損傷** | 1なし  　　　　　・  2あり | | ある場合は具体的に | | | | | | | | | | | | | | |
| **人的被害状況　累計**（貴施設の状況を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **患　者** | 死亡者 | | 負傷者 | | | 不明者 | | **職　員** | | | | 死亡者 | | 負傷者 | | | 不明者 |
| 名 | | 名 | | | 名 | | 名 | | 名 | | | 名 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **周辺地域の状況**  わかる範囲で  ご記入下さい | | 通行止め | | | 建物倒壊 | | | | | | 土砂崩れ | | | | 火災 | | |
| 有　・　　　無 | | | 有　・　　　無 | | | | | | 有　・　　　無 | | | | 有　・　　　無 | | |

自由記載欄

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **今後の問い合わせ担当者** | （所属）　　　　　　　（氏名） |
| **施設電話または携帯電話** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |
| **E-ｍａｉｌ** |  |

**＊状況が変化した場合は、可能な範囲で改めて最新情報をお知らせ下さい。**

**災害支援ナースの支援が必要な場合は神災３へ**