【様式編】

ＮＯ	様　式　名
様式１－１	ＥＭＩＳ緊急時入力情報（代行入力依頼書）
様式１－２	ＥＭＩＳ詳細情報（代行入力依頼書）
様式２	医療救護活動状況報告
様式３	高松地域医療救護施設の診療体制の状況（ＥＭＩＳ　緊急時入力情報）
様式４	高松地域医療救護施設の診療体制の状況（ＥＭＩＳ　詳細情報）
様式５－１	医療救護施設の診療体制の状況（医師会会員照会結果）
様式５－２	医療救護施設以外の医療機関の診療体制の状況 （医師会会員照会結果）
様式６	医療救護活動状況報告
様式７	人工透析医療機関の状況
様式８	歯科診療所の診療体制の状況（歯科医師会会員照会結果）
様式９	薬局の体制の状況（薬剤師会会員照会結果）
様式１０－１	福祉避難所及び福祉避難所の状況
様式１０－２	避難所アセスメントシート
様式１１－１	医療従事者等派遣要請書
様式１１－２	医療従事者等派遣応諾書
様式１１－３	医療救護活動協力要請書
様式１２	医療救護活動報告・業務引継書
様式１３－１	県震災時用医薬品等供給要請・応諾書
様式１３－２	県震災時用医薬品等供給・搬送要請・応諾書
様式１３－３	医薬品等供給要請・応諾書

（様式１－１）

ＥＭＩＳ 緊急時入力情報

（代行入力依頼書）

送信先	
発信元	医療機関名　　担当 緊急連絡先（TEL：　　E-mail:　　）
日　時	年　月　日　時　分

緊急時入力情報	
倒壊状況	
入院病棟の倒壊又は倒壊のおそれ	有　・　無
ライフライン・サプライ状況（代替手段での使用時は供給「無」又は「不足」を選択）	
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・衛生資器材の不足	不足　・　充足
患者受診状況	
多数の患者の受診（キャパシティのオーバーによってこれ以上患者の受入れが困難な場合「有」を選択）	有　・　無
職員状況	
職員の不足（職員不足によって治療行為が行えない場合に「有」を選択）	有　・　無
その他支援が必要な状況	
その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入）	

※広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に入力できない場合は、この様式に記入し、高松市災害対策本部に報告してください（高松市災害対策本部で代行入力）。

整理番号	第　　号
受信者	

（様式１－２）

ＥＭＩＳ 詳細情報

（代行入力依頼書）

送信先	
発信元	医療機関名　　担当 緊急連絡先（TEL：　　E-mail：　　）
日　時	年　月　日　時　分

詳細情報
施設の倒壊又は倒壊のおそれ（　　年　月　日　時　分）
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（上記以外に倒壊又は倒壊のおそれのある施設の情報）
ライフライン・サプライ状況（　　年　月　日　時　分）
電気の使用状況（ 停電中 ・ 発電機使用中 ・ 正常 ） → 残り（ 半日　1日　2日以上 ）
水道の使用状況（ 枯渇 ・ 貯水･給水対応中 ・ 井戸使用中 ・ 正常 ） → 残り（ 半日　1日　2日以上 ）
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（ 半日　1日　2日以上 ） 配管破損の有無（ 有・無 ）
食糧の使用状況（ 枯渇 ・ 備蓄で対応中 ・ 通常の供給 ） → 残り（ 半日　1日　2日以上 ）
医薬品の使用状況（ 枯渇 ・ 備蓄で対応中 ・ 通常の供給 ） → 残り（ 半日　1日　2日以上 ） 不足している医薬品 （　　）
医療機器の機能（　　年　月　日　時　分）
手術可否（ 不可 ・ 可 ）、 人工透析可否（ 不可 ・ 可 ）
現在の患者数状況（　　年　月　日　時　分）
実働病床数：　　床 発災後受け入れた患者数（累計）：　重症（赤）　人、中等症（黄）　人 在院患者数（入院患者を含め現在院内にいる患者の総数）： 重症（赤）　人、中等症（黄）　人
今後、転送が必要な患者数（　　年　月　日　時　分）

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
今後、受入可能な患者数（　　年　　月　　日　　時　　分）
災害時の診療能力（災害時の受入重症患者数）：　　人 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
外来受付状況及び外来受付時間（　　年　　月　　日　　時　　分）
外来受付状況（　受付不可　・　救急のみ　・　下記のとおり受付　） 時間帯１：　　時　　分　～　　時　　分 時間帯２：　　時　　分　～　　時　　分 時間帯３：　　時　　分　～　　時　　分
職員数（　　年　　月　　日　　時　　分）
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）
その他（アクセス状況等、特記事項）（　　年　　月　　日　　時　　分）

※広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に入力できない場合は、この様式に記入し、
高松市災害対策本部に報告してください（高松市災害対策本部で代行入力）。

整理番号	第　　号
受信者	

（様式２）

医療救護活動状況報告

送信先	
発信元	医療機関名　　担当
日　時	年　月　日　時　分

１　報告対象期間

月　　日

□	0:00 ～ 4:00	□	12:00 ～ 16:00
□	4:00 ～ 8:00	□	16:00 ～ 20:00
□	8:00 ～ 12:00	□	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	
黄	人	
緑	人	
黒	人	受入時点で黒と判断した人数

累積死亡者数（治療待ち又は治療中に死亡）

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	中等傷者	軽症者

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	

（様式３）

高松地域　医療救護施設の診療体制の状況
（EMIS　緊急時入力情報）

〇年△月□日　◆時現在

医療救護施設の概要															医療救護施設から収集した情報								
			種　類							病床数内訳					新たな患者の受入れの可否								
																受入困難（理由は下記）							
																	ライフライン・サプライ状況						
一連番号	名　称	住　所	災害拠点病院	広域救護病院	救護病院	応急救護所	救急	人工透析	許可病床数	一般	療養	精神	結核	感染症	可能	入院病棟倒壊・倒壊の恐れ	電気	水道	医療ガス	医薬品・衛生資器材	多数患者受診	職員状況	その他
															(*1)	(*2)	(*3)				(*4)	(*5)	
1																有・無					有・無		
2																有・無					有・無		
3																有・無					有・無		
4																有・無					有・無		
5																有・無					有・無		
6																有・無					有・無		
7																有・無					有・無		
8																有・無					有・無		
9																有・無					有・無		
10																有・無					有・無		
11																有・無					有・無		
12																有・無					有・無		
13																有・無					有・無		
14																有・無					有・無		
15																有・無					有・無		
計																							

(*1) 可能：「〇」、不可：「×」を記載して右欄に受入困難な理由を記載
(*2) 入院病棟倒壊・倒壊の恐れ：どちらかに「〇」
(*3) ライフライン・サプライ状況：「〇、×」。使用不可・代替手段の場合は「×」
(*4) 多数患者受診：キャパシティ超過で受入困難な場合は「有」に「〇」
(*5) 職員状況：：「〇、×」。職員不足で治療困難な場合は「×」

（様式４）

高松地域　医療救護施設の診療体制の状況
（EMIS　詳細情報）

○年△月□日　◆時現在

医療救護施設の概要															医療救護施設から収集した情報																										
一連番号	名称	住所	種類				救急	人工透析	許可病床数	病床数内訳					施設の倒壊・倒壊のおそれ (*1)					ライフライン等の状況 (*2)					診療体制																その他（アクセス状況等、特記事項）
			災害拠点病院	広域救護病院	救護病院	応急救護所				一般	療養	精神	結核	感染症	入院病棟	救急外来	一般外来	手術室	その他	電気	水道	医療ガス	食糧	医薬品	医療機器の機能 (*3)		現在の患者数状況					今後、転送が必要な患者数 (*4)		今後、受入可能な患者数 (*4)		外来受付状況等 (*5)		職員数 (*6)			
																									手術	人工透析	実働病床数	発災後受入患者数		在院患者数		重症	中等症	重症	中等症	受付（時間）	救急のみ	出勤職員数（内DMAT）			
																												重症	中等症	重症	中等症							医師	看護師	その他	
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									
11																																									
12																																									
13																																									
14																																									
15																																									
計																																									

(*1)倒壊・倒壊の恐れのある施設を「有」
(*2)ライフライン・サプライ状況:【電気】:停電中:「×」、発電機使用中:「発(残り日数:半日・1日・2日以上)」、正常:「○」、【水道】:枯渇「×」、貯水給水対応中:「貯(残り日数)」又は「給(残り日数)」、井戸使用中:「井戸」、正常「○」、【医療ガス】:枯渇:「×」、供給の見込無し:「△(残り日数:半日・1日・2日以上)」、供給の見込有り:「○」、【食糧】:枯渇:「×」、備蓄で対応中:「△(残り日数:半日・1日・2日以上)」、通常の供給:「○」、【医薬品】:枯渇:「×」、備蓄で対応中:「△(残り日数:半日・1日・2日以上」、通常の供給:「○」、不足している医薬品があれば記載
(*3)手術、人工透析の可否:{○、×」
(*4)人工呼吸/酸素が必要な患者数、担送/護送者数を把握する。
(*5)外来受付が有る場合は「○」、受付時間を把握する。
(*6)現在出勤している職員数を記載する。そのうちDMAT隊員数についても把握する。

（様式５－１）

医療救護施設の診療体制の状況（医師会会員照会結果）

○年△月□日　◆時現在

医療救護施設の概要															医療救護施設から収集した情報				医師会が決定した情報					
一連番号	名　称	住　所	種　類				救急	人工透析	許可病床数	病床数内訳					新たな患者受入れの可否				医療救護班から派遣されるスタッフ数					派遣元医療機関名
			災害拠点病院	広域救護病院	救護病院	応急救護所				一般	療養	精神	結核	感染症	入院患者		外来患者		医師	歯科医師	看護師	薬剤師	その他	
															可	否	可	否						
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
計																								

（様式５－２）　　医療救護施設以外の医療機関の診療体制の状況（医師会会員照会結果）（○○.○○.○○）

○年△月□日　◆時現在

	医療救護施設以外の医療機関の概要					医療機関から収集した情報											
						基本情報						詳細情報					
	名　称	所　在　地	救急	人工透析	病床数	新たな患者受入れの可否						医療班派遣可能者数					使用可能な医療資機材
						受入可		受入困難（理由は下記）									
						入院患者	外来患者	倒壊・倒壊の恐れあり	受入人数限界超	ライフラインが使用不能	左記以外の理由	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	その他	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	

（様式6）

医療救護活動状況報告

○年△月□日　◆時現在

医療救護施設の概要															医療救護施設から収集した情報																
一連番号	名　称	住　所	種　類				救急	人工透析	許可病床数	病床数内訳					診療体制																その他特記事項
															新たな患者の受入れ受入可能数					報告対象時間に受け入れた患者数					医療従事者数						
			災害拠点病院（指定）	広域救護病院（指定）	救護病院（指定）	応急救護所				一般	療養	精神	結核	感染症	重症	中等症	軽症	区別不明	否	重症	中等症	軽症	区別不明	なし	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	その他医療職	事務	
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
計																															

（様式7） 人工透析実施医療機関の状況

（リスト作成（更新）日：〇〇年〇月〇日）

No.	人工透析実施医療機関名	所在地	電話番号	診療科	人工透析装置数	透析患者受入れの可否	倒壊（のおそれ）の有無	受入数超過の有無	透析装置の使用可否	ライフライン使用可否				備考
										電気	水道	医療ガス	医薬品・衛生資器材	
記載例	〇〇病院	〇〇町□□123-1	0879-00-0000	泌尿器科	16	〇	×	×	〇	〇	〇	〇	〇	
記載例	△△外科内科	△△456	087-00-0001	人工透析センター	5	×	×	×	×	〇	〇	〇	〇	装置の整備中
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
診療可能機関数														

（様式8）　　歯科診療所の診療体制の状況（歯科医師会会員照会結果）（〇〇.〇〇.〇〇）

〇年△月□日　◆時現在

	歯科診療所の概要		医療機関から収集した情報					
	名　　称	所 在 地	診療の可否		歯科医療班派遣可能者数			
			可	否	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								

（様式9）　　薬局の体制の状況（薬剤師会会員照会結果）（○○.○○.○○）

○年△月□日　◆時現在

	薬局の概要		医療機関から収集した情報		
	名　　称	所 在 地	医薬品供給の可否		薬剤師派遣可能者数
			可	否	薬剤師
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

（様式10－1）　　指定避難所及び福祉避難所の状況

1　指定避難所　　○年△月□日　◆時現在

避難所一覧					開設の有無		避難者数	備　考（治療を要する患者の有無、患者数等）
No	避 難 所 名	所　在　地	電 話 番 号	収容人員	有	無		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								

2　福祉避難所（二次避難所）

避難所一覧					開設の有無		避難者数	備　考（治療を要する患者の有無、患者数等）
No	避 難 所 名	所　在　地	電 話 番 号	収容人員	有	無		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

（様式10－2）

避難所アセスメントシート

調査日		調査者	

※正確な数値、判断ができない場合おおよその記入としてください。

市 町 村 名		避難所の名称	

避難所の概況	**避難者数（男性）** 昼:　　人　　夜:　　人		**避難者数（女性）** 昼:　　人　　夜:　　人
	電話	**FAX**	**施設の広さ** 縦:　　m　　横:　　m
	スペース密度	過密　・　適度　・　余裕 ※「適度」の目安は1人当たり 3.5㎡（2畳）	施設の概要図 （屋内・外の施設、連絡系統などを含む。）
組織や活動	**管理統括・代表者の情報** 氏名(立場):　　連絡先:		
	その他のキーパーソン 氏名(立場):　　連絡先:		
	自 主 組 織	支援組織:　有　・　無 チーム数:　　人数:　　人 職種:	
	医療の提供状況 救護所:　有　・　無　　巡回診療:　有　・　無 地域の医師との連携:　有　・　無 保健師の活動:　常駐　・　巡回　・　無		避難者への情報伝達手段 （黒板・掲示板・マイク・チラシ配布など）

		現 在 の 状 況	対　　応
環境的側面	ライフライン	電　　気　可　・　不可 ガ　　ス　可　・　不可 水　　道　飲料可　・　利用可　・　不可 固 定 電 話　可　・　不可 携 帯 電 話　可　・　不可 デ ー タ 通 信　可　・　不可	
	設備状況	冷　暖　房　無　・　有（ 使用可・使用不可 ） 照　　明　無　・　有（ 使用可・使用不可 ） 調 理 設 備　無　・　有（ 使用可・使用不可 ） ト　イ　レ　無　・　有	
	生活環境	屋 内 土 足 禁 止　無　・　有 寝　　具　無　・　有 ペ ッ ト 対 策　無　・　有	
	食事の供給	飲料水（調理用水は除く） 十分　・　不足　・　無 ※「十分」の目安は1日1.5L 食事量・配給 十分　・　不足　・　無 ※「十分」の目安は1日1,900キロカロリー	

配慮を要する人	高齢者	総数:	人	うち75歳以上: うち要介護認定者数:	人 人
	妊婦	総数:	人	うち妊婦健診受診困難者数:	人
	産婦	総数:	人		
	乳児	総数:	人		
	幼児・児童	総数:	人	うち身体障がい児: うち知的障がい児: うち発達障がい児:	人 人 人
	障がい者	総数:	人	うち身体障がい者: うち知的障がい者: うち精神障がい者: うち発達障がい者:	人 人 人 人
	難病患者	総数:	人		
	在宅酸素療養者	総数:	人		
	人工透析者	総数:	人		
	アレルギー疾患者	総数:	人		
防疫的側面	胃腸炎様症状 (下痢・嘔吐など)	多数・有・無			
	風邪様症状 (咳・発熱など)	多数・有・無			
	その他(麻疹など)	多数・有・無			

活動記録

（様式１１－１）

医療従事者等派遣要請書

発信機関　発信者 ＦＡＸ	発信日時 年/月/日/時：分		受信機関　受診者 ＦＡＸ	受信日時 年/月/日/時：分
		⇒		
		⇒		
		⇒		

医療従事者の派遣を次のとおり要請します。

職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他	事務職員
必要人員						

活動場所	備　　考
	業務内容：
	被災状況：
	派遣期間：

要請経路：医療機関・救護所→市災害対策本部→県災害対策本部

要請書は２部作成し、１部控として保存すること。

（様式１１－２）

医療従事者等派遣応諾書

発信機関　発信者 ＦＡＸ	発信日時 年/月/日/時：分		受信機関　受診者 ＦＡＸ	受信日時 年/月/日/時：分
		⇨		

医療従事者を次のとおり派遣します。

職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他	事務職員
派遣人員						

活動場所 （参集場所）	派遣期間	移動手段	医療従事者 所属・氏名

応諾書は２部作成し、１部控として保存すること。

（様式１１－３）

医療救護活動協力要請書

様

発信者　所　　属
職　氏　名
TEL
FAX

発信日時　　月　　日　　時　　分

下記の災害に際し、　　（協定名等）　　第　　条に基づき、次のとおり医療救護活動の協力を要請します。

ついては、医療救護班・歯科医療救護班・薬剤師の派遣の可否について、下欄※に記載し、折り返し御連絡ください。

［災害の内容］　　月　　日　　時　　分に　　地方で発生した地震
［災害の状況等］

派遣先	派遣期間	要請する班数	移動手段・周囲の状況等	携行物・服装特記事項等	※ 派遣の可否
	月　　日 ～ 月　　日	班 （１班当たりの希望構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名			可・否 班 （１班当たりの構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名
	月　　日 ～ 月　　日	班 （１班当たりの希望構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名			可・否 班 （１班当たりの構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名
	月　　日 ～ 月　　日	班 （１班当たりの希望構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名			可・否 班 （１班当たりの構成員） 医　師　　名 看護師　　名 歯科医師　　名 歯科衛生士　　名 薬剤師　　名 その他　　名

（様式１２）

受付番号	

医療救護活動報告・業務引継書	報告日	年　月　日（　）

※1）活動拠点場所から、市災害対策本部、所属医師会災害対策本部に報告してください。
※2）正確な数値、判断ができない場合は、おおよその記入としてください。

1　活動拠点場所（総合センター等）

名称	報告者氏名

2　活動実施内容

年　月　日（　） ：　～　：		避難所等		
収容者数	人	医療救護班名		
傷病者数	人	医師	人	氏名
うち重症者数	人	看護師	人	氏名
うち搬送者数	人	その他	人	氏名

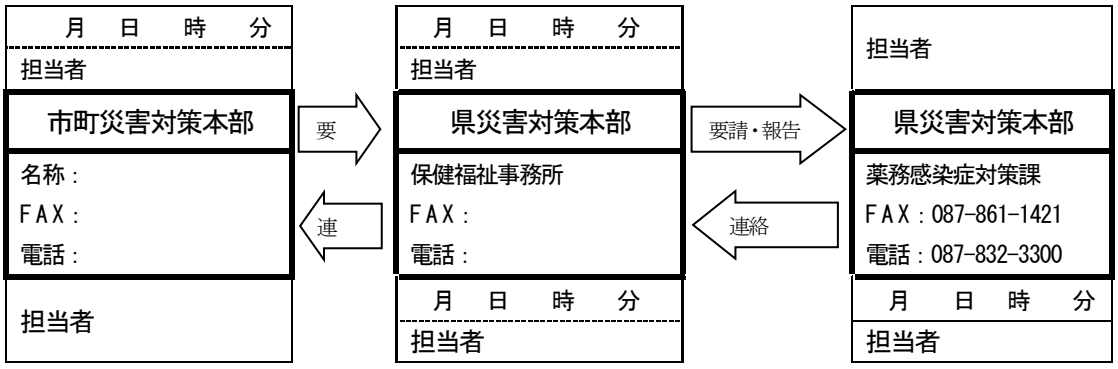
搬送者氏名	病名	搬送先

疾患情報	主な疾患名及び人数		
	①　人	②　人	③　人

連絡事項	

（様式１３－１）（「災害時医薬品における医薬品等の供給マニュアル」
（平成 25 年 3 月 29 日　24 薬感第 64185 号）の様式１）

整理番号	



県震災時用医薬品等供給要請・応諾書

香川県災害対策本部長　殿

（市町）災害対策本部長

（市町）が設置する下記の（応急救護所）における医薬品等に不足のおそれがあるので、香川県地域防災計画に基づき香川県が備蓄する震災時用医薬品等の供給を要請します。

記

１　供給先
　名　　称：
　所　在　地：
　責任者氏名：
　電 話 番 号：

２　必要な医薬品等及び数量
　香川県震災時用備蓄医薬品等　　セット

３　受渡場所
　①上記１と同じ　　②市町災害対策本部　　③引取り（保健福祉事務所）
　④その他（具体的に）

応諾連絡欄（応諾連絡欄は、県災害対策本部が記載すること。）

記載者　（所属）　　（氏名）

供給の可否	震災時用医薬品等備蓄機関名称	供給可能セット数	搬　送　者（搬送できない場合は、搬送不可と記入）	供給予定日時	受渡場所
可・不可		セット			

○　市町災害対策本部から供給要請を受けた保健福祉事務所は、管内の震災時用医薬品等備蓄機関と調整を行い、（様式２）により、指定場所への搬送を要請するとともに、県災害対策本部へ当該要請書を回送することで報告に当てる。
○　保健福祉事務所管内の震災時用医薬品等での対応ができない場合は、県災害対策本部（薬務感染症対策課）に、管外の震災時用医薬品等の供給調整を要請する。

（様式１３－２）（「災害時医薬品における医薬品等の供給マニュアル」
（平成 25 年 3 月 29 日　24 薬感第 64185 号）の様式２）

整理番号	

月　日　時　分
担当者
県災害対策本部
保健福祉事務所　・　薬務感染症対策課 FAX： 電話：
担当者

連

担当者
備蓄医療機関
名称： FAX： 電話：
月　日　時　分
担当者

県震災時用医薬品等供給・搬送要請・応諾書

震災時用医薬品等備蓄機関の長　殿

香川県災害対策本部長

（市町）が設置する下記の（応急救護所）における医薬品等に不足のおそれがあるので、香川県地域防災計画に基づき香川県が備蓄する震災時用医薬品等の供給・搬送を要請します。

記

１　供給先
　名　　称:
　所　在　地:
　責任者氏名:
　電 話 番 号:

２　必要な医薬品等及び数量
　香川県震災時用備蓄医薬品等　　セット

３　受渡場所
　①上記１と同じ　　②市町災害対策本部　　③引取り（保健福祉事務所）
　④その他（具体的に）

応諾連絡欄（応諾連絡欄は、震災時用医薬品等備蓄機関が記載すること。）

記載者　（所属）　　（氏名）

供給の可否	震災時用医薬品等 備蓄機関名称	供給可能セット数	搬　送　者 （搬送できない場合は、搬送不可と記入）	供給予定日時	受渡場所
可・不可		セット			

搬送確認欄（搬送確認欄は、供給先受領者が記載すること。）

受取者所属	受取者氏名	受取日時	受取数量
			セット

（様式１３－３）（「災害時医薬品における医薬品等の供給マニュアル」
（平成 25 年 3 月 29 日　24 薬感第 64185 号）の様式３）

整理番号	

月　日　時　分		月　日　時　分		担当者
担当者		担当者		
市町災害対策本部 広域救護病院	要 →	県災害対策本部	要 →	県災害対策本部
名称： ＦＡＸ： 電話：	← 連	保健福祉事務所 ＦＡＸ： 電話：	← 連	薬務感染症対策課 ＦＡＸ：087-861-1421 電話：087-832-3300
担当者		月　日　時　分 担当者		月　日　時　分 担当者

医薬品等供給要請・応諾書

香川県災害対策部長　殿

（市町）災害対策本部長
広域救護病院長

下記の医薬品等が不足しており、通常の流通分では対応できないので供給をお願いします。

要請内容 （市町災害対策本部・広域救護病院等記入欄）				応諾内容 （保健福祉事務所・薬務感染症対策課記入欄）				
要 請 機 関：（名　称） （所在地）				記　載　者：（所　属） （氏　名） （Ｔ Ｅ Ｌ）				
要請担当者：（所　属）　（TEL） （氏　名）								
受渡希望場所：　①要請機関　②市町災害対策本部 ③引取り（保健福祉事務所） ④その他（　　）								
受渡場所周辺の被災状況：　①車両通行に支障なし ②通行不能道路あり （　　）								
製 品 名（一般名）	規格	数量	同効薬への変更（○×）	供給業者	供給量	受渡場所 ※1	供給予定日時	備考（同効薬名等）

※１　受渡場所　①要請機関　②市町災害対策本部　③引取り（保健福祉事務所）　④その他（具体的に欄に記入）