

平成 29 年 11 月 18 日

県士会員 各位

災害リハビリテーション支援チーム推進委員会
委員長 高林 一彦

災害時を想定した情報伝達・状況確認訓練の実施について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、以下の内容にて大規模災害時に備え、情報伝達訓練を実施したいと思います。今回が初めての実施であり、詳細については、出来るだけ簡便にしたつもりではありますが、ご不明の点がありましたら、ご連絡下さい。会員の皆様には、お忙しいなか大変とは存じますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

目的)

県内に大規模災害が発生時、速やかに富山県作業療法士会員の安否を確認するとともに、県内の被害情報を収集することを目的とする。

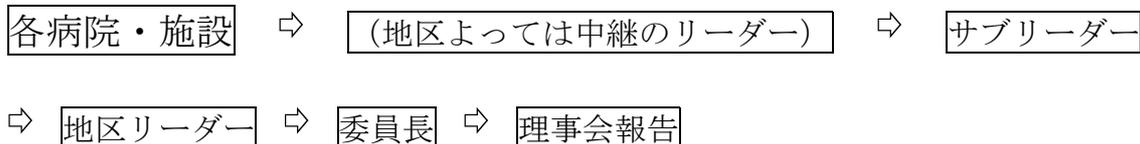
被害想定)

12 月 11 日 8 時 30 分 呉羽山断層帯を震源とするマグニチュード 7.2 の地震発生。

訓練内容)

- ① 地震発生時刻の 8 時 30 分～17 時 30 分までの間に、災害連絡網に基づいて、各病院・施設の会員代表職員は、FAX あるいはメールにて情報を連絡。(今回は、訓練につき電話での口頭連絡はなしとし、17 時 30 分をもって締め切る)
- ② 連絡内容は、「①FAX 送信票」を記載の上、連絡網に基づき、地区リーダーないしサブリーダー、若しくは地区によっては、その下に続くリーダーに連絡。
- ③ 情報収集者(地区リーダーないしサブリーダー、若しくは地区によっては、その下に続くリーダー)は、連絡網に基づき情報をまとめて、「②FAX 送信票」を用い集計して、翌 12 日中に順次サブリーダーないし地区リーダーに報告を上げていく。

情報の流れ)



* 被害状況・安否不明者については、FAX 送信票に基づき自由記載とする。

* 担当：老人保健施設アルカディア雨晴 (担当：高林一彦)

〒933-0133 富山県高岡市太田桜谷 23-1

TEL : 0766-44-8060 FAX : 0766-44-8062

E-mail : himi13@meijukai.com

病院施設名

作業療法士 様

富山県作業療法士会災害訓練 被害状況報告書

病院施設名

報告者氏名

1) 会員安否情報

- ・安否不明者：有・無 (左記のどちらかに○をつけて下さい)
- ・上記にて有の場合に記載

氏 名

2) 病院施設被害状況 (以下のどちらかに○を付けてください。)

- ①建物の損壊・倒壊を認め病院施設機能停止 ()
- ②被害はあるが病院施設機能は維持されている ()

3) その他

*連絡は、12月11日(月)8時30分以降とし、当日17時30分をもって締切とします。

②FAX 送信票

平成 29 年 12 月 日 ()

病院施設名

作業療法士

様

富山県作業療法士会災害訓練 被害状況報告書

(地区リーダー・サブリーダー以下情報収集者用送信票)

病院施設名

報告者氏名

地区名

1) 会員安否情報

連絡を受けた病院・施設総数 件

安否不明者：有・無

有りの場合：施設名 氏名

未連絡病院・施設名

以上合計 件

2) 病院・施設被害状況

建物損壊・倒壊を認め、病院施設機能停止状態の病院施設名

以上合計 件