

付録 1-2 災害時情報収集シート

(収集日 年 月 日)

連絡先：

該当する項目にチェックをお願いします。必要事項の適宜書き込みをお願いします。

① 施設名： _____

回答者名（職種・職位）： _____

記載日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 今後の連絡窓口および方法

(ア) 連絡窓口

① 氏名 _____

② 職種・職位 _____

(イ) 方法（使用可能なものにチェックして、カッコ内に優先順位を書いてください）

() 電話：番号 _____

() Fax：番号 _____

() 衛星電話：電話番号 _____

() skype：skype 名 _____

() 電子メール：アドレス _____ @ _____

③ NICU・GCU スタッフの安否確認

全員の安否確認ができています

まだ全員の安否確認はできていない

安否確認ができていないのは

医師：() 名中 ()

看護師：() 名中 ()

④ 病院全体のライフラインの状況

(ア) 電気：現在使用可能なものは

① 通常電源

通常

停電

② 自家発電

1. NICU 病棟

制限なし

制限あり（具体的に ）

2. GCU 病棟

制限なし

制限あり（具体的に ）

(イ) 水道

通常

断水

(ウ) ガス

通常

停止

⑤ 病院の患者受け入れ機能または避難状況

(ア) 建物破損

- あり
 なし

(イ) 病院機能

- 通常業務可能
 部分的に業務可能：可能なものは
- 外来
 - 病棟
 - 手術
 - 分娩
 - 臨床検査
 - 画像検査
 - カテーテル検査
 - 血液透析

(ウ) 他院からの患者受け入れ

- 可能
 不可能

(エ) 他院への患者搬送

- 行っていない
 行っている

⑥ 病床規模 (NICU、GCU)、平時の受け入れ態勢 (人工呼吸管理など)

(ア) NICU _____ 床、 GCU _____ 床

(イ) 人工呼吸器 _____ 台、 n-CPAP _____ 台

⑦ 周産期病棟の破損

なし

あり

ありの場合、該当する物に○を付けてください

(ア) NICU

① 電源、水回り、酸素・圧縮空気・吸引配管、壁など構造物

② 機器：エコー、血液ガス測定器、人工呼吸器、n-CPAP、保育器

③ その他

(イ) GCU

① 電源、水回り、酸素・圧縮空気・吸引配管、壁など構造物

② その他

(ウ) 分娩室

① 電源、水回り、酸素・圧縮空気・吸引配管、壁など構造物

② 分娩台

③ その他

⑧ 現在の入院患者数

(ア) 入院患者数 NICU _____ 例、GCU _____ 例

(イ) 人工呼吸器 _____ 例、n-CPAP _____ 例、酸素投与 _____ 例

⑨ 院外からのハイリスク児の受け入れ機能状況

受け入れ可 (可能な症例に○を付けてください)

1,000g 未満 1,000g 以上 1,500g 以上 2,000g 以上

人工呼吸器使用症例、nCPAP 症例、心疾患、外科疾患、脳外科疾患

およそ _____ 例

受け入れ不可

◇ 迎え搬送 可 ・ 不可

⑩ 院外へのハイリスク児の搬送の必要性（あれば具体的に症例数と疾患名）

なし

あり

① 症例 1：診断

1. 在胎 _____ 週、出生体重 _____ g
2. 生後 _____ 日・カ月
3. 人工換気 有・無、輸液 有・無、経管栄養 有・無
4. 自前で搬送手段を確保できる・迎え搬送必要

必要あれば上記をコピー・ペーストして追加してください

⑪ 院外からの人的サポートの必要性（あれば具体的に）

医師：新生児担当医師 _____ 名、産科担当医師 _____ 名
小児担当医師 _____ 名、 _____ 科 _____ 名

看護スタッフ：新生児担当看護師 _____ 名、助産師 _____ 名、
小児担当看護師 _____ 名

その他（ _____ ）

⑫ 院外からの物的サポートの必要性（あれば具体的に）

不要

要：別紙リストにチェックをお願いします

⑬ 周辺新生児医療施設の情報把握状況とその内容

把握できている情報がある

（ア）病院名：

内容：

（イ）病院名：

内容：

（ウ）病院名

内容：

情報を把握できていない

⑭ 周辺施設からの依頼状況

依頼なし

依頼あり