

(様式17)

事故情報連絡票(第 報)

送信先	
送信時間	月 日 午前・午後 時 分
発信元	愛媛県医療対策課 職 氏名 TEL FAX

下記の事故が発生しましたので、お知らせします
次の対応をお願いします。

対応：

発生時刻	平成 年 月 日 午前・午後 :
発生場所	※地図を添付すること。
事故の概要	原因、被害状況、対応状況等
負傷者の状況	人数(重傷度別、確定・予測別)等 ※「様式19 負傷者の収容状況」を添付すること。
救出活動の状況	未救出者数、救出活動に要する時間の見込み等
救護所の状況	救護所設置の有無・設置場所、救護班の確保・活動状況等 ※「様式18 救護所設置状況」を添付すること。
搬送手段の確保状況	救急車・ヘリコプターの出動台数、消防の出動状況等
現場周辺の状況	交通事情、二次災害の危険性等
市町の体制	災害対策本部の設置、医療救護の窓口・担当者・電話番号等
県の支援内容	