

訓練実施結果報告書（医療施設）

施設名			
実施日時	年月日 時分から 時分まで		
実施場所			
想定災害 (該当する□にチェックをする。)	<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 高潮 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> その他の災害()		
訓練種類・内容 (該当する□にチェックをする。)	<input type="checkbox"/> 図上訓練		<input type="checkbox"/> 情報伝達訓練
	<input type="checkbox"/> 避難経路の確認訓練		<input type="checkbox"/> 水平避難(立退き避難)訓練
	<input type="checkbox"/> 垂直避難訓練		<input type="checkbox"/> 持ち出し品の確認訓練
	<input type="checkbox"/> その他()		
	(訓練内容を適時自由記載)		
訓練参加者 ・参加人数	職員(全員・一部) 名		
	患者等(全員・一部) 名		
	その他訓練参加者:消防団等 名		
	地域の協力者 名		
	その他 名		
訓練実施責任者	職 氏名		
確認事項	<input type="checkbox"/> 避難支援に要した人数 名		<input type="checkbox"/> 避難に要した時間 分
	<input type="checkbox"/> 避難先や避難経路の安全性		
	その他		
訓練によって確認された課題とその改善方法等			
訓練記録作成者	職 氏名		