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□にチェックをお願いします | □ 洪水　□ 高潮　□ 津波　□ 土砂災害  □ その他の災害 | | | |
| 訓練内容  該当する□にチェックをお願いします | * 図上訓練 | | * 情報伝達訓練 | |
| * 避難経路の確認訓練 | | * 立退き避難訓練 | |
| * 垂直避難訓練 | | * 持ち出し品の確認訓練 | |
| * 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（　　　）　　　名 | | | |
| 訓練実施責任者 | 職　　　　　　氏名 | | | |
| 確認事項 | □避難支援に要した人数 | 名 | □避難に要した時間 | 時間　分 |
| □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 | | | |