

## 茨城県作業療法士会会員 被災状況確認シート(トライアル用)

※今回、災害発生時にどの程度、会員所属施設から連絡がいただけるかトライアルを実施しております。  
各施設におかれましては、施設名をご記入の上、被災の有無の無しに○をつけ、  
県士会事務所まで、FAXまたはメールにてお送りください。

FAX: 029-353-8475 ※ファックスの場合この用紙のみお送りください。

メール: office2@ibaraki-ot.org

施設名:	施設の被災: 有 ・ 無
施設の被災状況(浸水状況・病院が運営出来ているか等):	
施設勤務会員の被災状況(下記①～④項目に当てはまる方): 有 ・ 無	
①本人の被災	
②家族の被災: 一親等までの家族(配偶者・親・子供)の被災。	
③家屋の被災: 自宅(持家・アパートを含む)の被災。	
④避難所での生活	

⇒有 と回答した施設は被災した方の会員名と被災状況を記載ください。

今回は、訓練ですので下記の記載はせずに送信ください。

	会員氏名	①本人の被災	②家族の被災	③家屋の被災	④避難所での生活
1		有 無	有 無	有 無	有 無
2		有 無	有 無	有 無	有 無
3		有 無	有 無	有 無	有 無
4		有 無	有 無	有 無	有 無
5		有 無	有 無	有 無	有 無
6		有 無	有 無	有 無	有 無
7		有 無	有 無	有 無	有 無
8		有 無	有 無	有 無	有 無
9		有 無	有 無	有 無	有 無
10		有 無	有 無	有 無	有 無

備考: 地域の病院の状況や、他施設の被災状況などで把握している情報がございましたらご記載ください