

保健医療活動チーム応援要請書

要請元機関名 (_____)

医療機関	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

市町村(本部・救護所)	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	

保健所	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	
対応	済 ・ 未

医務課	
受信	月 日 時 分
受信者	
対応済	

必要な活動内容、希望するチーム名、期間、必要チーム数がわかるように記載し、チーム調整できるように記載すること

保健医療活動チーム				派遣場所	
必要とする活動内容	希望チーム名	期間	必要数	名称	所在地 (ヘリポート含む)
<input type="checkbox"/> 避難所支援活動 <input type="checkbox"/> ニーズ調査活動 <input type="checkbox"/> 医薬品管理活動 <input type="checkbox"/> 巡回保健指導活動 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯科医療チーム <input type="checkbox"/> 災害支援ナース <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> 薬剤師チーム <input type="checkbox"/> 管理栄養士チーム <input type="checkbox"/> リハビリチーム <input type="checkbox"/> その他 ()	/ ~ /			
<input type="checkbox"/> 避難所支援活動 <input type="checkbox"/> ニーズ調査活動 <input type="checkbox"/> 医薬品管理活動 <input type="checkbox"/> 巡回保健指導活動 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯科医療チーム <input type="checkbox"/> 災害支援ナース <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> 薬剤師チーム <input type="checkbox"/> 管理栄養士チーム <input type="checkbox"/> リハビリチーム <input type="checkbox"/> その他 ()	/ ~ /			

※電話等による場合は、上記項目を明確に伝え、または聞き取ること。

※市町村からの要請の場合は、派遣場所に市町村名を記載することとする。