

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（ <input type="checkbox"/> ）				
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（ <input type="checkbox"/> ）								
	(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			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				