様式５

＊必要に応じ　避難所　⇒　情報集約先

避難所等相談対応票

相談場所名

　　　　　　 記　入　日　　　 　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 内　　　容 | 相談対応者所属/職種/氏名を記載 | 要継続は〇 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

※健康相談等で対応した被災者を全て記載する。

※継続支援が必要な場合は、右端の欄に〇を記入し、健康相談票（様式13）を作成する。