

被災市町初期調査票

様式1

(年 月 日 () 時 分現在)

- ◆調査班と保健所統括保健師等において、現地調査および聞き取りにて情報収集を行う
 ◆市町の保健福祉活動の稼働状況を把握し、支援体制をアセスメントするため太枠内を最優先で聴取する
 ◆被災地の被害状況等については県災害対策支部からの情報入手が可能であるため、所内での収集も行う

地区名〔 〕市〔 〕町〔 〕地区（市町全体又は災害発生地区の状況を記入）

災害情報		地震・風水害		
県担当者		所属	職種	氏名 内線
市町担当者		所属	職種	氏名 電話
統括的役割を担う保健師名		※当面、役割を担う保健師を確認する		
市町職員等の体制	保健師等職員稼働状況	配属人数 () 名 稼働可能人員 () 名		
		保健師の不足：有 ・ 無（不足の場合 必要数 人）		
		栄養士の不足：有 ・ 無（不足の場合 必要数 人）		
《備考》				
活動拠点の状況	活動拠点施設の稼働状況	電気 (可・不可) ガス (可・不可) 水道 (可・不可) 建物被害 (有・無) ⇒ 使用可能 ・ 使用不可 ※活動拠点 () 住 所 () 連 絡 先 ()		
	活動拠点までの交通状況	※道路の遮断、う回路等安全性を確認する		
避難状況	避難所数 () は今後新たに想定される、避難所か所数・避難者数	か所 (か所)	避難者数	
	福祉避難所数	か所	避難者数	
	避難所以外の住民の状況 (テント、車中、在宅)			
	帰宅困難者			
	避難行動要支援者の安否確認状況			
	緊急対応事項			

裏面あり

被害状況	人的被害		※調査時点で判明してる内容があれば記載 ・死者_____名 ・重症者_____名 ・軽傷者_____名 ・行方不明者_____名		
	住家被害		※調査時点で判明してる内容があれば記載 ・全壊_____棟 ・半壊_____棟 ・床上浸水_____棟 ・床下浸水_____棟		
	医療機関		(電気・ガス・水道・食糧・浸水・周辺の道路・職員不足など被害情報等を記入)		
	福祉・介護施設		(同上)		
	ライフライン・交通	電気	停電世帯数（地区名） 約_____世帯（_____地区）	鉄道	(不通区間、代替輸送方法、再開見込等を記入)
		ガス	使用できない世帯数（地区名） 約_____世帯（_____地区）	バス	(同上)
		水道	断水中の世帯数（地区名） 約_____世帯（_____地区）	道路	(同上)
		飲料水・食糧の不足		孤立地域の有無	
その他					

※この調査票の項目が全て確認できていなくても、適宜、保健所（現地調整本部）に報告してください。

□の欄は、使用可能・該当・対応済であれば、✓を入れてください

[illegible]

調査日	2	0		年		月		日
	A M		P M			時		分

#A-D 選択式の項目が全て A 評価になるまで
連日記入

人数は概算可

調査者氏名		調査者所属	
電話連絡先			
施設名		固定電話	
所在地		携帯電話	

避難所運営組織	☐	代表者名	
---------	--------------------------	------	--

避難者数 (人)					内訳 男性 (人)					内訳 女性 (人)			
----------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)					夜間人数 (人)						車中泊人数 (人)					
	75 歳以上 (人)					未就学児 (人)						乳児 (人)					

ライフライン / 通信	飲料水	A ~ D		食事	A ~ D		使用可能トイレ	A ~ D	
	電気	A ~ D		生活用水	A ~ D				
	固定電話	☐	携帯電話		☐	データ通信		☐	
医療支援	救護所設置	☐	医療チームの巡回		☐				

避難所の環境	過密度	A ～ D		毛布等寝具	A ～ D		湿温度管理	A ～ D		手洗い環境	A ～ D	
	感染予防・清掃用物品	A ～ D		パーティションによる区切り	A ～ D		簡易ベッド等	A ～ D				
	トイレ掃除	☐	土足禁止	☐	下水	☐	ごみ集積場所	☐	館内禁煙	☐	ペット収容所	☐
	男女別更衣室	☐	男女別トイレ	☐	男女別居住スペース	☐	授乳室等母子専用スペース	☐	障害者用トイレ	☐		
	バリアフリー	☐										

要配慮者 (人)		うち 医療的要配慮者		うち 福祉的要配慮者	
		うち 外国人		うち 要配慮妊婦	

要医療 サポート (人)	人工呼吸器			在宅酸素			透析		
	要インスリン治療 糖尿病			緊急性のある 精神疾患			要緊急治療 歯科疾患		

有症状者 (人)	発熱				咳・痰				下痢				嘔吐			
	有症状者 専用スペース	☐														

傷病者数 (人)	呼吸器感染症			感染性胃腸炎		
-------------	--------	--	--	--------	--	--

その他 緊急事項	
-------------	--

3

避難所日報(避難者状況)

避難所名

避難所コード

活動日

年

月

日

記載者(所属・職名・職種)

◆配慮を要する者◆

	人数	うち要継続 支援人数
高齢者(65歳以上)	人	人
うち75歳以上	人	人
要介護認定者	人	人
妊婦	人	人
じょく婦	人	人
乳児	人	人
幼児・児童	人	人
うち障害児・医療的ケア児	人	人

	人数	うち要継続 支援人数
障害者	人	人
身体障害者	人	人
知的障害者	人	人
精神障害者	人	人
難病患者	人	人
在宅酸素療法・呼吸器療法	人	人
透析(腹膜透析含む)	人	人
アレルギー疾患	人	人

	人数	うち要継続 支援人数
服薬者	人	人
降圧薬	人	人
糖尿病薬	人	人
向精神薬	人	人
他の治療薬	人	人
その他	人	人
要継続支援合計 人数(実人数)	人	

特記事項

◆対応すべきニーズがある者◆

*まだ解決しておらず、速やかに対応しなければならないニーズがある避難者数を記載する。

	該当	特記事項(→左の欄のその内容、アセスメント等記載)
医療ニーズのある者	□無・□有 人	
うち医薬品がない者	□無・□有 (人)	

4

	該当	特記事項(→左の欄のその内容、アセスメント等記載)
保健福祉ニーズのある者	□無・□有 人	
高齢者	□無・□有 (人)	
障害者・児	□無・□有 (人)	
その他	□無・□有 (人)	
こころのケアが必要な者	□無・□有 (人)	

◆感染症・食中毒等症状がある者◆

	該当	特記事項(→左の欄のその内容、アセスメント等記載)
総数(実人数)	□無・□有 人	
発熱	□無・□有 (人)	
咳・痰	□無・□有 (人)	
下痢・嘔吐	□無・□有 (人)	

対応内容・結果

課題/申し送り

避難所コード

避難所日報 記載要領（2020 年版）

【避難所日報の目的】

被災自治体または支援の保健師等の保健医療福祉活動チームが、公衆衛生的立場から、①その避難所で必要な支援、②翌日以降のチームの活動方針・内容、③広域的な被災地対応、④今後予測される課題の検討等に活用する。

〈避難所活動の目的〉

避難生活によって引き起こされる健康被害を予防し、健康レベルの低下した者を早期に発見して治療や各種サービスに結び付けるとともに、健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動をとることができるよう援助する。

【記入するにあたっての留意点】

- 全ての項目を確実に聞き取って記載する必要はないが、自治体の指示を確認の上、前日までの情報等を参照し、太枠内を優先しながら、各項目の情報収集を行う。
- 避難所の設置・運営主体、規模、被災後早期の混乱期などの要因により、避難所の情報の入手方法は一律ではないこと、避難者及び避難所運営担当者へ過度の負担をかけることを留意し、既存情報を活用するなど以下の例を参考に多様な方法により情報収集を行う。
 - 例. ①前日までの避難所日報の記録内容
 - ②災害対策本部等の情報など入手可能な既存の各種情報
 - ③前任の支援者（チーム）、ミーティングなどの申し送り事項
 - ④避難所運営組織などにおいて把握済みの情報記録
 - ⑤避難所の常駐保健医療支援者（チーム）等からの情報 など
- 既存の情報の転記に終始せず、避難者の生活の様子、衛生・設備環境なども含め、積極的に観察を行い、気になる方へは声をかけ、新たな課題が生じていないか確認する。
- 「要継続支援者」、「対応すべきニーズがある者」については、迅速に確認及び必要な支援を行う。
- 各項目に記載する際には、以下の留意事項を参考にする。なお、特記すべき内容については、右欄特記事項に記載し、欄外には記載しないよう留意する。
- 記載内容は他地域の関係者とも共有するため、被災者の氏名等はこの日報に記載しないこととする。個別支援を要するなどの理由により、個人情報の詳細に記載・報告する必要がある場合は、「健康相談票」など自治体が指定する個人用記録様式に記載する。特記事項欄には、「その他」の内容、ニーズの種類、関係機関と調整して対応することが必要な事項、避難所の集団として検討すべき事項を中心に記載する。

【日報の報告】

- 内容は避難所管理者や支援者とも共有し、課題や申し送り事項は確実に引継ぎを行う。
- 報告は、概ね毎日の活動終了後とする。必要に応じ、被災自治体の指示により、決められた時間に、口頭・Web・Fax・手渡しなどの方法で担当者に報告する。

記入する際には、以下を参考にする。

避難所日報（避難者状況）

◆配慮を要する者◆

○「人数」:

・ニーズの有無に関わらず、避難者カードに記載がある等、避難所運営担当者等が把握している人数を参考に、各項目の状態に当てはまる避難者数を記載する。複数の項目に重複して計上してよい。

○「うち要継続支援人数」:

- ・翌日の巡回チーム等が個別に状況確認・支援する必要がある避難者の人数を記載する。
- ・複数の該当する項目がある場合は、最も支援ニーズのある項目に入れる。（例えば、降圧薬を服用している高齢者で血压管理の必要な者は、「服薬者（うち降圧薬）」に記載）
- ・「◆対応すべきニーズがある者◆」の「有」人数も含む。

項目	留意事項
じょく婦	・分娩終了後母体が正常に回復するまでの期間（おおよそ6週間）における婦人
乳児	・1歳未満の児
医療的ケア児	・たんの吸引や経管栄養など医療的ケアを必要とする児
アレルギー疾患	・喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎等を有する者
服薬者	・内服薬の他、外用薬、注射薬などの医薬品 ・「その他の治療薬」は、H I V、喘息、アレルギー性疾患等の治療薬
その他	・上記項目に含まれない者
要継続支援合計人数 （実人数）	・該当者がいない場合は「0」、確認できなかった場合は「-」と記載する。避難所状況の施設定員、避難者数、食事提供人数も同様である。
特記事項	・「その他」の具体的内容を記載する。

◆対応すべきニーズのある者◆

- ・まだ解決しておらず、速やかに対応しなければならないニーズのある避難者数を記載する。
- ・引き継いだ際には、優先的に確認、対応することとする。

項目	留意事項
医療ニーズのある者	・在宅酸素療法・呼吸器療法、透析（腹膜透析含む）、小児疾患、精神疾患、周産期、歯科疾患、アレルギー疾患、外傷等、医療機関でのフォローができていなく速やかに医療につなぐ必要がある者 ・ニーズの種類等を特記事項に記載 ・適切な医療を受けている、又は受けられる状況にある者、状態が安定している者は含まない
保健福祉ニーズのある者	・保健福祉等のニーズがあり、福祉避難所への移動、専門職支援チーム等に速やかにつなぐ必要がある者
その他	下記の例示やその他の何らかの支援が必要な者 ・小部屋等の避難スペースの確保が必要な者 *アトピー性皮膚炎、呼吸器疾患がある人等、持病等疾患を悪化させないために必要な者等（認知症や、発達障害は、高齢者、障害者・児に計上して特記事項に記載）

	・特別な食事が必要な者 *食物アレルギー食、低たんぱく食、経腸栄養剤が必要な者、咀嚼嚥下困難な者等 ・退所にあたって福祉的支援が必要な者 *生活困窮者やDV等で自宅に戻れない者等 ・具体的内容は特記事項に記載する。
こころのケアが必要な者	・悲哀、悲嘆が強く、不眠、引きこもりや過剰行動が見られるなど、専門的な支援が必要と思われる者

◆感染症・食中毒等症状がある者◆

- ・避難所等の集団生活で発生しうる主な感染症（インフルエンザ、感染性胃腸炎、急性呼吸器感染症、結核等）症状を有する者の人数を記載する。発疹やその他の特異的な症状がみられる場合には特記事項に記載する。

◆対応内容◆

- ・避難所における必要な支援や対策を検討するため、1枚目及び2枚目について総合的評価として記載する。

項目	留意事項
対応内容・結果	・アセスメントに基づき対応した事項について、具体的事項を記載する。
課題/申し送り	・対応できなかった課題や原因等について記載し、次の支援へつなぐ。 ・現在ニーズはないものの、今後近いうちに出現すると予測されるニーズも記載する。

※日本公衆衛生協会／全国保健師長会「災害時の保健活動推進マニュアル」（令和2年3月）の「避難所日報 記載要領（2020年版）」の内容から、避難所日報（避難所情報）部分を除き引用。

避難者健康状況連名簿

- ・避難所等において、避難者全員の健康状況把握を行う際に使用する。継続支援が必要な場合は○印を付し、様式 13 健康相談票を作成する。
- ・要介護認定者、難病患者、慢性疾患患者等、特定の対象を把握する場合にも使用する。

_____市 / 町

記入日： _____年 _____月 _____日

場所(避難所等名)： _____

記入者： (所属) _____ (職種) _____ (氏名) _____

連番	ふりがな 氏 名	年 齢	性 別	健康状況											基礎疾患				自覚 症状	相談したいこと	要継続は○	備考	
				妊産じよく婦	要介護認定者	難病患者	障害者			在宅酸素・呼吸器	透析（腹膜透析含む）	食物アレルギー	アトピー性皮膚炎	ストーマ	その他	有無	治療中 （病名）	中断					服薬状況
							身体	知的	精神														
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

* 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○
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○を記入し、健康相談票（様式 13）を作成する。

*必要に応じ 避難所 ⇒ 情報集約先

避難所マップ

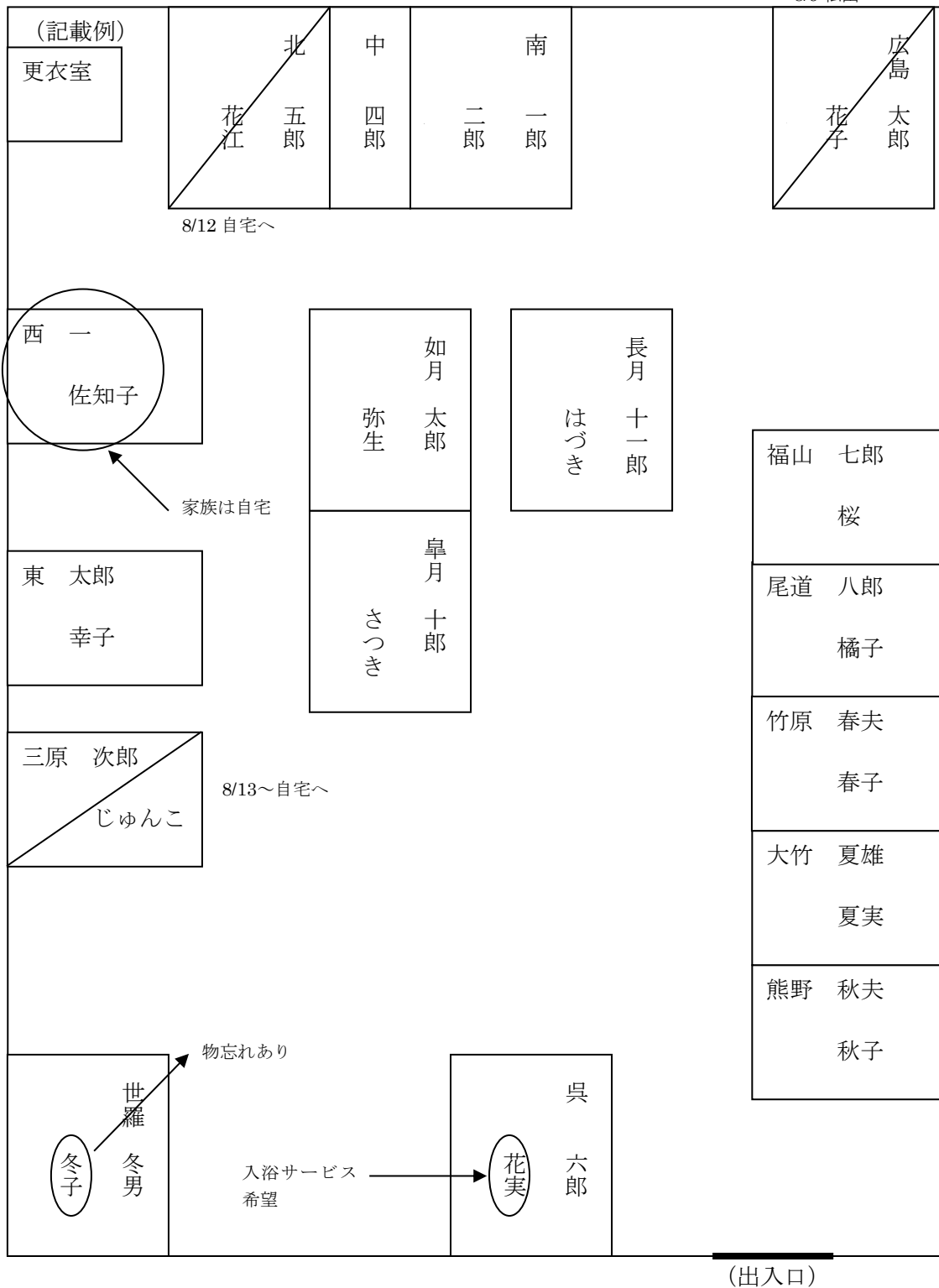
年 月 日現在

作成者（所属）

(職種・氏名)

避難所名

8/9 転出



食事提供状況把握票

訪問日： 年 月 日

避難所名：		訪問者：（所属）		（職種）		（氏名）			
避難住民数	避難者数（ ）名 うち男性（ ）名、女性（ ）名 年齢層（乳児： 人、子供（～15歳）： 人、高齢者： 人）								
ライフライン	水道（使用可・使用不可） → 給水車（有・無） ガス（使用可・使用不可） 電気（使用可・使用不可）								
支援物資	水（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 水以外の飲料（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 弁当（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 食品（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 食材（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 離乳食・嚥下困難食（無・有）→（十分・不十分）→（ ） 栄養補助食品・特別用途食品（無・有）→（十分・不十分）→（ ） アレルギー対応食品（無・有）→（十分・不十分）→（ ）								
食事回数	1日3回 ・ 1日2回 ・ 1日1回 （注：2食分をまとめて配布している場合は2回と数える）								
炊き出し	（行っていない・行っている）→（開始日： 年 月 日、朝・昼・夕） 調理者：行政・自衛隊・ボランティア・避難住民・その他（ ）								
食事内容 （*記入日又はここ2～3日の状況をご記入下さい。）		主食		主菜		副菜		その他	
		内容	量	内容	量	内容	量	内容	量
	朝食								
	昼食								
	夕食								
特別な配慮が必要な方	乳幼児（ いる ・ いない ）（ ）名 妊産じょく婦（ いる ・ いない ）（ ）名 高齢者等嚥下困難な方（ いる ・ いない ）（ ）名 食物アレルギーがある方（ いる ・ いない ）（ ）名 慢性疾患（高血圧・糖尿病・腎臓病・人工透析）等で食事制限が必要な方（ いる ・ いない ）（ ）名 体調不良者（下痢・便秘・食欲不振等）（ いる ・ いない ）（ ）名 その他（ ）（ いる ・ いない ）（ ）名								
衛生管理	保冷設備（冷蔵庫）の有無 有 ・ 無 （対応： ） 食品・食材の在庫管理（先入れ・先出し）の配慮 有 ・ 無 調理者の健康等に配慮している はい ・ いいえ 清潔な服装で調理に従事している はい ・ いいえ 手指消毒 流水での手洗い 有 ・ 無 （対応： ） アルコール消毒 有 ・ 無 （対応： ） 2時間以上経った調理済み食品は廃棄している はい ・ いいえ 弁当の消費期限を確認・考慮している はい ・ いいえ その他留意点 （ ）								
困っていること等									
対応内容・気がついたこと等									

世帯員の健康状況調査票

※ 世帯単位で記載する。

訪問年月日： 年 月 日

訪問者(所属)

(職種・氏名)

住所：()	居所 避難所：(入所日 / ~ /) 車中：車番 (/ ~ /) 地区：()
電話番号：()	自宅：() その他：()

	氏 名 生 年 月 日 (※被面接者の番号に○)	続柄 性別	対象者	対象者 (再掲)	健 康 状 態		居 場 所		緊急対応・継続支援の必要性		相 談 票	支 援 終 了
					治療状況	心身の状況 (身体・精神等)	日中	夜間		支援内容等		
1	T・S 年 月 日 H・R (歳)	世帯主 男・女	1 乳幼児・児童 2 妊産じょく婦 3 高齢者 4 難病 5 その他()	1 身体・療育・精神手帳 ()級 2 介護認定 要支援・要介護() 3 独居・高齢者のみ世帯	(なし・継続・中断) 疾患名： 主治医：	1. 良好 2. 不良 (具体的に)	1 自宅 2 避難所 3 勤務先 4 その他 ()	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ()	1. 緊急対応 不要・必要 2. 継続支援 不要・必要 3. 問題なし			
2	T・S 年 月 日 H・R (歳)	男・女	1 乳幼児・児童 2 妊産じょく婦 3 高齢者 4 難病 5 その他()	1 身体・療育・精神手帳 ()級 2 介護認定 要支援・要介護() 3 独居・高齢者のみ世帯	(なし・継続・中断) 疾患名： 主治医：	1. 良好 2. 不良 (具体的に)	1 自宅 2 避難所 3 勤務先 4 その他 ()	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ()	1. 緊急対応 不要・必要 2. 継続支援 不要・必要 3. 問題なし			
3	T・S 年 月 日 H・R (歳)	男・女	1 乳幼児・児童 2 妊産じょく婦 3 高齢者 4 難病 5 その他()	1 身体・療育・精神手帳 ()級 2 介護認定 要支援・要介護() 3 独居・高齢者のみ世帯	(なし・継続・中断) 疾患名： 主治医：	1. 良好 2. 不良 (具体的に)	1 自宅 2 避難所 3 勤務先 4 その他 ()	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ()	1. 緊急対応 不要・必要 2. 継続支援 不要・必要 3. 問題なし			
4	T・S 年 月 日 H・R (歳)	男・女	1 乳幼児・児童 2 妊産じょく婦 3 高齢者 4 難病 5 その他()	1 身体・療育・精神手帳 ()級 2 介護認定 要支援・要介護() 3 独居・高齢者のみ世帯	(なし・継続・中断) 疾患名： 主治医：	1. 良好 2. 不良 (具体的に)	1 自宅 2 避難所 3 勤務先 4 その他 ()	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ()	1. 緊急対応 不要・必要 2. 継続支援 不要・必要 3. 問題なし			
5	T・S 年 月 日 H・R (歳)	男・女	1 乳幼児・児童 2 妊産じょく婦 3 高齢者 4 難病 5 その他()	1 身体・療育・精神手帳 ()級 2 介護認定 要支援・要介護() 3 独居・高齢者のみ世帯	(なし・継続・中断) 疾患名： 主治医：	1. 良好 2. 不良 (具体的に)	1 自宅 2 避難所 3 勤務先 4 その他 ()	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ()	1. 緊急対応 不要・必要 2. 継続支援 不要・必要 3. 問題なし			
ペットの有無 (有・無) ペットの種類 () 同行避難 有・無 (自宅・知人宅・その他)												

※緊急対応または継続支援が必要な場合は「様式13 健康相談票」を作成し「相談票」の欄に○をする。

生活環境 の変化 について	1. 食生活	4. 近隣とのつきあい
	食事・食材の入手 問題なし・問題あり()	まったくない 挨拶をする程度 会話をする程度
	食事内容 問題なし・問題あり()	互いの家を行き来する 用事を頼むことができる
	2. 住宅(風呂・トイレ・上下水・通電・その他)	5. 困った時、心配事があった時、相談したり、来てくれる者がいるか
	住宅状況 赤紙(危険)・黄紙(要注意)・青紙(調査済)・未判定	はい(誰が) いいえ
	日常生活での支障 問題なし・問題あり()	6. 生活する上での経済面の心配があるか いいえ・はい
	3. 住環境	「はい」の場合の内容()
	病院受診、買い物等 問題なし・問題あり()	7. 生活していくうえでの要望、不安なことなど
	衛生面 問題なし・問題あり()	
	その他 問題なし・問題あり()	

在宅避難・車中泊等⇒情報集約先

応急仮設住宅入居世帯調査票

調査年月日： 年 月 日

調査者(所属)

(職種・氏名)

1 世帯の状況

仮設住宅名	棟 号室		仮設住宅入居日	年 月 日		
TEL		FAX		被災状況	全壊(焼) ・半壊(焼)	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	TEL		
	氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	職 業	健康状態(疾病、主訴)
家族構成・被調査者に○印	A					
	B					
	C					
	D					
	E					
	F					
経済状況	年金・給与・生保(福祉事務所・担当CW) 経済的に困っている・いない					
震災の影響	家族状況変化 無・有() 仕事状況変化 無・有() その他()					

2 近隣・社会との関係

交友関係	悩みを相談できる友人 有・無	仮設住宅での親しい友人 有・無
近所づきあい	全くない・あいさつする程度・会話をする程度・互いの家行き来する・用事をたのむ	
来訪者	有 親族(娘・息子・兄弟姉妹・嫁)・ボランティア・ヘルパー・その他 ・ 無	
自治会等役割	前住所では役員をしていた・現在はしていないが今後やりたい・何もしていない	
活動参加意向	サークルやグループに参加している・今後地域活動やサークルに参加したい・参加意向なし	

3 要配慮者(上記世帯調査において3歳未満、病弱者、75歳以上、独居者については全て記入)

英字	心身状況	受療状況等	社会資源活用状況

相談・要望等	総合所見 調査者の判断 A 要対応 B 対応不要
--------	-----------------------------

「市/町 応急仮設住宅入居者健康調査票(初回)

訪問者(所属):

入居日 年 月 日

面接日 年 月 日

(職種・氏名):

現住所

Tel

前住所

入居期間

家族状況:母子 独居(若・老) 高齢者のみ

面接	氏名	年齢	職業	受診状況	健康状態	自覚症状	睡眠	飲酒	食生活	はりあい	世代	状況	判断
				特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い	なし 循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他) 消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他) 精神症状(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他)	良い 地震前／後 寝つきが悪い 途中／早朝覚醒 熟睡感がない	飲まない 時々 毎日	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食		乳幼 学童 成人 高齢	健康 認知 妊婦 寝たきり 生活 精神 感染 身体 難病 知的 その他()	要対応・対応不要
		男・女		入院・入所 治療中断 (日前から)	再掲 咳・痰 (日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	眠剤・安定剤 地震前／後	朝 昼 夜 量	サプリメント			再掲 介護保険	
				特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い	なし 循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他) 消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他) 精神症状(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他)	良い 地震前／後 寝つきが悪い 途中／早朝覚醒 熟睡感がない	飲まない 時々 毎日	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食		乳幼 学童 成人 高齢	健康 認知 妊婦 寝たきり 生活 精神 感染 身体 難病 知的 その他()	要対応・対応不要
		男・女		入院・入所 治療中断 (日前から)	再掲 咳・痰 (日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	眠剤・安定剤 地震前／後	朝 昼 夜 量	サプリメント			再掲 介護保険	
				特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い	なし 循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他) 消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他) 精神症状(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他)	良い 地震前／後 寝つきが悪い 途中／早朝覚醒 熟睡感がない	飲まない 時々 毎日	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食		乳幼 学童 成人 高齢	健康 認知 妊婦 寝たきり 生活 精神 感染 身体 難病 知的 その他()	要対応・対応不要
		男・女		入院・入所 治療中断 (日前から)	再掲 咳・痰 (日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	眠剤・安定剤 地震前／後	朝 昼 夜 量	サプリメント			再掲 介護保険	
				特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い	なし 循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他) 消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他) 精神症状(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他)	良い 地震前／後 寝つきが悪い 途中／早朝覚醒 熟睡感がない	飲まない 時々 毎日	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食		乳幼 学童 成人 高齢	健康 認知 妊婦 寝たきり 生活 精神 感染 身体 難病 知的 その他()	要対応・対応不要
		男・女		入院・入所 治療中断 (日前から)	再掲 咳・痰 (日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	眠剤・安定剤 地震前／後	朝 昼 夜 量	サプリメント			再掲 介護保険	
ペット	犬 猫 その他	緊急時連絡先: Tel (本人との関係)					備考						
		再建の予定 1. 現在の自宅 2. 移転(場所を変えて自宅) 3. 公営住宅 4. 民間アパート 5. 未定					再建困難要因						

* 継続支援が必要と思われる対象者は「要対応」に○を付け、様式13 健康相談票を作成する。

応急仮設住宅 → 情報集約先

様式10

「」市/町 応急仮設住宅入居者健康調査票(継続)訪問者(所属):
(職種・氏名):

現住所

Tel

入居日

年

月

日

面接日

年

月

日

AM・PM・夜

前住所

家族状況：母子 独居(若・老) 高齢者のみ

面接	氏名	性別	続柄	職業	受診状況	健康状態	震災後の心身の変化		飲酒	交流	食生活等	身体状況	判断
					特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	TSHR			入院・入所 治療中断								
					特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	TSHR			入院・入所 治療中断								
					特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	TSHR			入院・入所 治療中断								
					特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	TSHR			入院・入所 治療中断								
					特になし 通院中 ()	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	TSHR			入院・入所 治療中断								
ペット	犬 他				緊急時連絡先: (Tel -)		今後必要な対応						
猫					(本人との関係)								

* 継続支援が必要と思われる対象者は「要対応」に○を付け、様式13 健康相談票を作成する。

応急仮設住宅 ⇒ 情報集約先

様式11

応急仮設住宅訪問実施状況報告書

訪問年月日		年 月 日（ ）天候（ ）		訪問時間		： ～ ：	
訪問者		所属： 職種： 氏名：					
応急仮設住宅名							
訪問状況		訪問世帯数				その他特記事項	
		訪問世帯数	うち				
			不在世帯数 （再掲）	継続支援が必要な 世帯数（再掲）			
		世帯 / 世帯中	世帯	世帯			
健康相談 延べ件数		種別	件数	うち継続支援 の必要な ケース数	主な相談内容		
		1 乳幼児・児童 (18歳未満)					
		2 成人（18歳～64歳）					
		3 高齢者（65歳以上）					
		合計					
課題	問題点等						
	対策・対応						
その他 必要と思われた情報							
引継事項							

* 必要に応じ 避難所等→情報集約先

健康相談票(共通様式)		方法	対象者	担当者(自治体名)				
初回・()回		・面接 ・電話 ・その他 ()	乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他()	相談日	年 月 日			
保管先				時間				
				場所				
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別	生年月日				
			男・女	T・S・H・R 年 月 日				
	被災前住所		連絡先		避難場所			
	①現住所		連絡先		自宅 自宅外:車・テント・避難所 (避難所名:)			
	②新住所		連絡先		家族状況			
	情報源、把握の契機／相談者がいる場合、本人との関係・連絡先		独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()					
	被災の状況		制度の利用状況					
	家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他()		・介護保険(介護度) ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他()					
身体的・精神的な状況	既往歴 高血圧、脳血管疾患、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他()	現在治療中の病気 高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他()	内服薬 なし・あり(中断・継続) 内服薬名()					
			医療器材・器具 在宅酸素・人工透析 その他()	医療機関名 被災前: 被災後:				
			食事制限 なし あり 内容() 水分()	血圧測定値 最高血圧: 最低血圧:				
	現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)		具体的自覚症状(参考) ①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他					
日常生活の状況	食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通	判断力・記憶	その他
	自立							
	一部介助							
	全介助							
個別相談活動	備考 必要器具など							
	相談内容			支援内容				
				今後の支援方針 解決 継続				

※ 継続支援を行う場合の記録は、「様式13-2 健康相談票 経過用紙」に記録を行う。

※ 情報の更新を行う際は、赤字で記録し、発生日を記載する。

健康相談票 経過用紙		避難場所名	氏名	No.
月 日	相談方法	相談内容	指導内容(今後の計画を含む)	担当者

スクリーニング質問票(SQD)

面接者（所属）：_____

（職種・氏名）：_____

実施日： 年 月 日

氏 名： 年 齢： 歳（ 男 ・ 女 ）

住 所： _____

備 考： _____

【 質 問 】

大災害後は生活の変化が大きく、色々な負担(ストレス)を感じるものが長く続くものです。

最近1か月間に今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

1 食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい いいえ
2 いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい いいえ
3 睡眠はどうか。寝つけないこと、途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4 災害に関する不快な夢を見ることがありますか。	はい いいえ
5 ゆうつで、気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6 イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7 些細な音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8 災害を思い出させるような場所や人、話題などを避けてしまうことはありますか。	はい いいえ
9 思い出したくないのに災害のことを思い出すことはありますか。	はい いいえ
10 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11 何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい いいえ
12 災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

※北海道立精神保健福祉センター「災害時こころのケア活動ハンドブック」資料編より

SQD判定基準

PTSD	3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 のうち 5 個以上が存在し、その中に 4, 9, 11 のどれか一つは必ず含まれている。
うつ状態	1, 2, 3, 5, 6, 10 のうち 4 個以上が存在し、その中に 5, 10 のどちらか一方が必ず含まれる。

※備考 PTSDの3大症状及びうつ症状に対応するのは、それぞれ次の項目である。

再体験症状	4, 9, 11
回避症状	8, 10, 12
過覚醒症状	3, 6, 7
うつ症状	1, 2, 3, 5, 6, 10

初回 ・ 再

巡回栄養相談記録票

相談日： 年 月 日 () : ~ : 相談回数： _____ 回目

訪問区分： _____ 避難所 ・ _____ 応急仮設住宅 ・ 自宅 ・ 来所面接 ・ 電話相談

記入者（所属） : _____
(職種・氏名) : _____

対象者 氏名		男 ・ 女		【相談内容】	
生年月日 T. S. H. R 年 月 日 歳				1. 妊産じょく婦	
相談者 氏名		(続柄 :)		2. 乳児（幼児）	
(連絡先 :)				3. 虚弱高齢者	
住所 〒				4. 慢性疾患患者（高血圧・糖尿病・ その他（ ））	
電話番号 ()				5. アレルギー	
				6. その他（ ）	
既往症	【治療中の病気（病名）】			主治医	
	【治療】 ・ 食事制限 : なし ・ あり (塩分 ・ たんぱく質 ・ エネルギー ・ その他) ・ 服薬 (), 定期的に服薬 ・ 飲み忘れあり				
健康状態	血圧 : / mmHg		脈拍 : 回/分		トイレの回数 : 回/日
	口腔内の状況 : 咀嚼 ・ 嚥下 ・ 歯 ・ その他 ()		体調 : 良い ・ ふつう ・ 不良 不良の内容 : 食欲 ・ 便秘 ・ 疲れやすい その他 ()		体重 : k g 増減 (± k g)
食事摂取状況	3食の摂取状況		□ 欠食なし □ 欠食あり (朝 ・ 昼 ・ タ) 欠食理由 ()		
	主食	米 ・ パン ・ 麺類	□ 毎食 □ 2食 □ 1食 □ 食べていない		
	主菜	肉 ・ 魚 ・ 卵 ・ 大豆製品	□ 毎食 □ 2食 □ 1食 □ 食べていない		
	副菜	緑黄色野菜	□ 毎食 □ 2食 □ 1食 □ 食べていない		
		その他の野菜 ・ 果物	□ 毎食 □ 2食 □ 1食 □ 食べていない		
	その他 (栄養補助食品等)		□ なし □ あり ()		
食環境	食料の調達		□ 問題なし □ 問題あり ()		
	調理器具 ・ 設備		□ 問題なし □ 問題あり ()		
	(炊き出しの) 味付け ・ 量		□ 問題なし □ 問題あり ()		
	支援者		□ なし □ あり ()		
【食事について困っていること】 (本人の訴えなど)					
【巡回時の支援内容】					
支援	支援必要 (あり ・ なし)				
	□ 継続支援 (何 : , いつ :)				
	□ 物資支援 (妊産じょく婦 ・ ミルク ・ ベビーフード (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) ・ 高齢者 ・ 減塩食 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 消化器系 ・ アレルギー ・ その他 () : (____ 食分)				
	□ 引継ぎ 医療 ・ 保健師 ・ その他 () 【引継日 年 月 日】				

高齢者等施設への情報提供票

送信日: 年 月 日

情報提供元	避難所名 連絡先番号	➡	情報提供先	
-------	---------------	---	-------	--

記入日	年 月 日	記入者	所 属 : 職種・氏名 :
-----	-------	-----	------------------

ふりがな		男・女	対象者 生年月日	T・S・H・R 年 (月 日 歳)
対象者 氏名				

住所地	〒 ー	家族の 状況	
-----	-----	-----------	--

健康状態	
------	--

避難所での生活状況	対応

引継 事項	
----------	--

災害時公衆衛生チーム活動報告書

訪問年月日	年 月 日 () 天候 ()	派遣日程	/ ~ /	
所属		職種・氏名		
活動開始時間	時 分	活動終了時間	時 分	
活動場所名				
活動内容	活動場所	件数	活動の内容	
	避難所			
	応急仮設住宅			
	地区活動支援			
	職員の健康管理			
	要支援者フォロー			
	その他		ex.環境整備	
	合計			
一日のスケジュール	午前 午後		直近の行事予定 ボランティア等	
			不足物品	
			留意事項	
健康課題				
その他 引継事項				

公衆衛生スタッフ応援要請票

【送信元】

市町担当課	
担当者	
メール	
電 話	
F A X	



保健所担当課	
担当者	
メール	
電 話	
F A X	



【宛先】

広島県健康危機管理課 (研修・人材育成担当)
メール: fukikikan@pref.hiroshima.lg.jp
電話: 082-513-3026
FAX: 082-511-6719

下記のように災害時専門職種等について、派遣を要請します。

※ 1 市町につき 1 枚作成

派遣希望職種	活動（予定）期間	活動場所 ※該当する項目に○	理由と依頼内容 ※現状と要請理由、各職種への依頼内容を明記してください。
歯科医師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
獣医師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
薬剤師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
保健師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
助産師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
看護師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
臨床検査技師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
理学療法士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
作業療法士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
言語聴覚士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
歯科衛生士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
栄養士 管理栄養士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
柔道整復師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
精神保健福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
社会福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
介護福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
介護支援専門員	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
障害者支援専門員	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
その他の職種 ()	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	

公衆衛生スタッフ応援要請票

【送信元】

自治体担当課	
担当者	
メール	
電 話	
F A X	



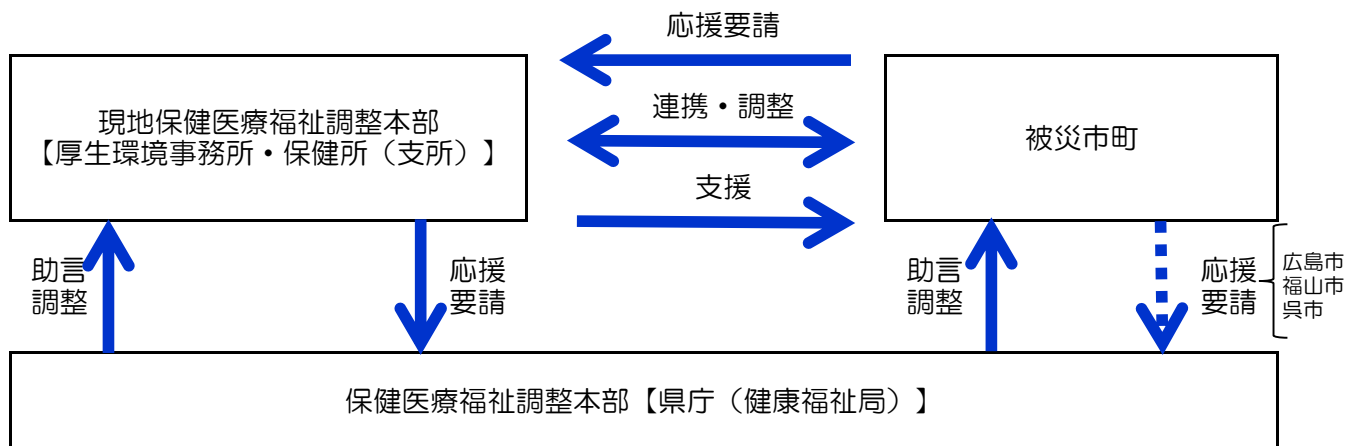
【宛先】

広島県健康危機管理課 (研修・人材育成担当) メール：fukikikan@pref.hiroshima.lg.jp 電話：082-513-3026 FAX：082-511-6719
--

下記のように災害時専門職種等について、派遣を要請します。

派遣希望職種	活動（予定）期間	活動場所 ※該当する項目に○	理由と依頼内容 ※現状と要請理由、各職種への依頼内容を明記してください。
歯科医師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
獣医師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
薬剤師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
保健師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
助産師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
看護師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
臨床検査技師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
理学療法士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
作業療法士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
言語聴覚士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
歯科衛生士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
栄養士 管理栄養士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
柔道整復師	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
精神保健福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
社会福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
介護福祉士	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
介護支援専門員	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
障害者支援専門員	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	
その他の職種 ()	年 月 日～ 年 月 日	避難所 在宅 応急仮設住宅 その他	

公衆衛生スタッフ要請の流れ



	市町名	担当課	電話	FAX		応援要請先	電話	FAX
1	広島市	健康推進課	082-504-2980	082-504-2258				
2	呉市	地域保健課	0823-25-3539	0823-25-3888	➡	県健康危機管理課 (研修・人材育成担当)	082-513-3026	082-511-6715
3	福山市	保健部総務課	084-928-1164	084-928-1143				
4	大竹市	健康福祉部 保健医療課（保健予防係）	0827-59-2140	0827-57-7130	➡	西部厚生環境事務所 ・保健所 (厚生課)	0829-32-1181 内線2301	0829-32-0640
5	廿日市市	健康福祉総務課	0829-20-1610	0829-20-1611				
6	府中町	福祉課	082-286-3162	082-283-5775				
7	海田町	健康づくり推進課	082-823-4418	082-823-0020				
8	熊野町	健康推進課	082-820-5637	082-854-8009	➡	西部厚生環境事務所 ・保健所広島支所 (厚生課)	082-513-5514	082-511-8707
9	坂町	保険健康課	082-820-1504	082-820-1521				
10	安芸高田市	健康・こども未来課	0826-42-5633	0826-47-1282				
11	安芸太田町	健康福祉課	0826-22-0196	0826-22-0686				
12	北広島町	町民保健課	0826-72-7353	0826-72-5242				
13	江田島市	保健医療課	0823-43-1639	0823-57-4432	➡	西部厚生環境事務所 ・保健所呉支所 (厚生保健課)	0823-22-5400 内線2310	0823-22-5994
14	竹原市	健康こども未来課	0846-22-4699	0846-22-7158				
15	東広島市	医療保健課	082-420-0936	082-422-2416	➡	西部東厚生環境事務所 ・保健所 (厚生課)	082-422-6911 内線2310	082-422-4161
16	大崎上島町	健康福祉課	0846-62-0330	0846-62-0304				
17	三原市	保健福祉課	0848-67-6053	0848-64-2130				
18	尾道市	健康推進課	0848-24-1962	0848-24-1966	➡	東部厚生環境事務所 ・保健所 (厚生課)	0848-25-4631	0848-25-2461
19	世羅町	健康保険課	0847-25-0134	0847-25-0070				
20	府中市	健康推進課	0847-47-1310	0847-47-1320	➡	東部厚生環境事務所 ・保健所福山支所 (厚生課)	084-921-1411	084-928-7882
21	神石高原町	健康衛生課	0847-89-3366	0847-85-3541				
22	三次市	健康推進課	0824-62-6257	0824-62-6382	➡	北部厚生環境事務所 ・保健所 (厚生課)	0824-63-5181	0824-63-5190
23	庄原市	保健医療課	0824-73-1255	0824-75-0195				

被災地の基本情報（〇〇保健所）

＊必要に応じ 保健所 ⇒ 健康危機管理課

※平常時作成し、災害発生時は被災状況を「様式 1」に付記して添付し情報提供する。

作成 年 月 日 時点

管内市町名		〇〇市	△△市				
管内市町 連絡先	○防災担当課						
	電話番号						
	○保健医療に係る 連絡窓口						
	電話番号						
	担当者						
	○統括保健師又は 統括的役割を担 う保健師名						
	所属先						
	電話番号						
	FAX						
管内市町 地区情報	人口						
	世帯数						
	高齢化率(%)						
	出生率						
	職員数(保健師)						
	職員数(栄養士)						
災害時 要配慮者	身障手帳保持者数						
	再 掲	透析患者(1 級)					
		在宅人工呼吸 器装着患者(1 級:呼吸器)					
	在宅酸素療法患者						
	療育手帳保持者数						
	精神障害者保健福 祉手帳保持者数						
	難 病	難病患者数					
		うち要配慮者					
	小 慢	小慢患者数					
		うち要配慮者					

	精	フォロー者数					
	神	うち要配慮者					
	結	治療中患者数					
	核	うち要配慮者					
避難所 救護所	指定避難所数						
	福祉避難所数						
	救護所設置数(予定)						

《庁内および〇〇市町管内行政関係機関連絡先》

広島県健康危機管理課 所在地 〒730-8511 広島県広島市中区基町 10-52 TEL 082-513-3030

〇〇市		電話番号	FAX	メール
〇〇課	総務部門			
〇〇課	医療部門			
	生活衛生			
	食品衛生			
	健康づくり			
	ほか			

関係機関	所在地	電話番号	FAX・メール
〇〇市医師会			
〇〇市歯科医師会			
〇〇市薬剤師会			
〇〇県看護協会			
その他			

《管内医療機関等連絡先と情報》

	病院名	住所	TEL	FAX・メール
災害拠点病院				

管内医療機関数					
病院	総数	(再掲) 一般病院		(再掲) 分娩取り扱い施設 のある医療機関	(再掲) 透析施設のある医 療機関
		(再掲) 精神科病院			
診療所	総数	うち有床診療所			
		うち無床診療所			
歯科診療所					
薬局					

障害者・高齢者入居施設数					
高齢者 入居施設	総数	(再掲)介護医療院		(再掲)高齢者向け住宅	
		(再掲)介護老人保健施設		(再掲)グループホーム	
		(再掲)特別養護老人ホーム		(再掲)有料老人ホーム	
		(再掲)養護老人ホーム 経費老人ホーム・ケアハウス			
障害者 入居施設	障害者グループホーム				

《管内地図・ハザードマップ》※別途添付可

《被災情報収集に関する各種関係機関の帳票一覧》※別途添付可

派遣元自治体 活動報告書(派遣元自治体から厚生労働省へ報告する様式)

活動日	派遣元自治体名(都道府県名)	派遣元自治体名(市区町村名)
年 月 日		

派遣先(都道府県名)	派遣先(市区町村名)
活動場所(該当するもの一つに○)	
避難所	避難所名:
仮設住宅	地域名:
その他	

* 避難所毎、仮設住宅群毎に分けて報告して下さい。

派遣チーム人数	人
うち職種別人数	
保健師	人
事務職	人
その他	人

支援活動

○実施した内容毎に実績を計上する。

○各項目には、下の項目一覧から番号を選択し、該当番号を記入する。

活動種別	対象	内容

<項目一覧>

	活動種別(どんなことを)	対象もしくは内容
個別支援	1 訪問 2 健康相談 3 保健指導 4 他職種・他機関への紹介・調整 5 個別支援計画作成 6 ケア会議への出席 7 その他(活動内容を記載すること)	【対象】 1 成人 2 妊婦 3 産婦 4 乳児 5 幼児 6 高齢者 7 知的障害者・児 8 身体障害者・児 9 精神障害者・児 10 発達障害者・児 11 難病患者 12 その他(対象者を記載すること)
集団支援	8 集団への健康教育 9 健康サロンの実施 10 その他(活動内容を記載すること)	【内容】 1 感染症対策 2 母子保健 3 精神保健(心の健康) 4 生活不活発病予防 5 深部静脈血栓症(DVT)予防 6 生活習慣病予防 7 閉じこもり予防 8 熱中症予防 9 その他(内容を記載すること)
その他	11 データ入力 12 帳票整理 13 健康サロンの実施準備 14 その他(活動内容を記載すること)	

記入例

活動日	派遣元自治体名(都道府県名)	派遣元自治体名(市区町村名)
○年 ○月○日	○○県	▼△市

派遣先(都道府県名)	派遣先(市区町村名)
■□県	●○市
活動場所(該当するもの一つに○)	
避難所	避難所名: ○●小学校避難所
仮設住宅	地域名:
その他	

* 避難所毎、仮設住宅群毎に分けて報告して下さい。

派遣チーム人数	■□■人
うち職種別人数	
保健師	■人
事務職	□人
その他	■人

支援活動

○実施した内容毎に実績を計上する。

○各項目には、下の項目一覧から番号を選択し、該当番号を記入する。

活動種別	対象	内容
1	1, 4, 5	
8		1, 5

個別支援については、「活動種別」と「対象」欄に該当する数字を

集団支援については、「活動種別」と「内容」欄に該当する数字を

<項目一覧>

	活動種別(どんなことを)	対象もしくは内容
個別支援	1 訪問 2 健康相談 3 保健指導 4 他職種・他機関への紹介・調整 5 個別支援計画作成 6 ケア会議への出席 7 その他(活動内容を記載すること)	【対象】 1 成人 2 妊婦 3 産婦 4 乳児 5 幼児 6 高齢者 7 知的障害者・児 8 身体障害者・児 9 精神障害者・児 10 発達障害者・児 11 難病患者 12 その他(対象者を記載すること)
集団支援	8 集団への健康教育 9 健康サロンの実施 10 その他(活動内容を記載すること)	【内容】 1 感染症対策 2 母子保健 3 精神保健(心の健康) 4 生活不活発病予防 5 エコノミークラス症候群予防 6 生活習慣病予防 7 閉じこもり予防 8 熱中症予防 9 その他(内容を記載すること)
その他	11 データ入力 12 帳票整理 13 健康サロンの実施準備 14 その他(活動内容を記載すること)	

災害時公衆衛生チーム ⇒ 健康危機管理課

被災地支援活動状況

派遣期間	広島県チーム 第 班 年 月 日()～ 月 日()		被災から 何週目	週目
派遣者所属		派遣者名		
活動地域 (場所)				
地域・住民の状況 (避難所の場合 は、避難者の数を 記載・ライフライン 被災の状況等)	【避難者数】(活動した避難所における人数) 名(月 日現在) 【ライフライン被災状況】 電気 不通 ・ 開通 ・ 予定() ガス 不通 ・ 開通 ・ 予定() 上水道 不通 ・ 開通 ・ 予定() 下水道 不通 ・ 開通 ・ 予定() 電話 不通 ・ 開通 ・ 予定() 【生活状況】			
公衆衛生課題 (各班が活動して いた際の公衆衛生 課題)				
活動内容 (活動方法、結果 等)				
関係者・関係 機関との連携				
直近の検 討課題及 びその対応 の方向性に ついて	健康			
	環境			
	体制 整備			
	その他			

※活動を振り返るため、派遣終了後概ね1か月以内に提出する。