

**【保健衛生班用】**

**様 式**



避難所生活環境調査票

調査日 平成 年 月 日( )  
調査者 所属  
氏名

フェイス	区分	迅速に提供する情報項目	実態	適否(否の場合対応の緊急性)	否(有)の場合の状況(記入例)	
0	飲料水の衛生確保	給水量の充足		適・否(要緊急・他)		
		ポリタンク等飲料水容器の保管状況	管理者( ) 保管場所( )	適・否(要緊急・他)	管理者が不在でポリタンクが散逸している。	
	食品の衛生管理	食料の充足 配給	頻度(回/日 弁当・おにぎり・パン・缶詰・レトルト・そうざい)			
		〃 炊き出し	頻度(回/日 ごはん・味噌汁・その他( )) 自主・ボランティア・その他( ) 室内・屋外テント・その他( )	適・否(要緊急・他) 適・否(要緊急・他)		
		残品処理状況		適・否(要緊急・他)	避難者が残食を保有している。	
		食品保管状況	保管場所( )その他(温度等 )	適・否(要緊急・他)	テント以外に保管場所がない。	
排泄環境の衛生管理	下水放流の可否(施設管理者に確認)	可・否・確認できず	—		下水放流不可だが排泄場所として機能はしている。	
	仮設トイレ管理状況 取り回しの頻度	頻度(回/日)	適・否(要緊急・他)			
	トイレの衛生状態		適・否(要緊急・他)	掃除が十分にされていない。		
1	室内環境の衛生管理	居室温度・湿度	日中 ℃, %	適・否(要緊急・他)	冷房なく日中暑い。熱中症発症のおそれ大きい。	
		換気		適・否(要緊急・他)	暖房が優先され窓明け換気ができない。空気悪そう。	
		暖房機(種類・運転)	灯油・ガス・電気ストーブ・エアコン・その他 運転状況(常時・適宜・なし)	適・否(要緊急・他)	ストーブの周囲は暑く、他は十分な暖かさが無い。	
		加湿器(種類・運転)	蒸気(スチーム)式・気化式・超音波式 運転状況(常時・適宜・なし)	適・否(要緊急・他)	加湿器がなく、洗濯物を室内に干している。	
	居室の衛生状態		適・否(要緊急・他)	上履き不徹底、埃が舞う。ゴミ出しルール守られず。		
	その他衛生状態	ごみ集積場 その他(自炊場・他 )	適・否(要緊急・他) 適・否(要緊急・他)	ごみ集積場所内での分別が徹底していない。 異臭あり		
	生活用水の衛生管理	生活用水の充足	トイレ用水 その他( )	適・否(要緊急・他) 適・否(要緊急・他)	断水によりバケツに汲んだ水を便器に流している状態。	
ペット対策	ペット数・種類の確認	依頼済み( )・未	—		飼い主の組織化がされておらず、把握されていない。	
	同伴者とのゾーニング	有(部屋分け・一角に集約・その他( ))・無				
	収容場所の確保	有(動物舎・ケージ・係留フック・その他( ))・無				
	ペットによる苦情		有・無		鳴き声・ペット臭、アレルギー体質者からの苦情有。	
2	仮設浴場の衛生管理	浴室の衛生状態		適・否(要緊急・他)	浴室の排水が滞留しやすい。入浴者数が過剰なのか浴槽水の汚れが目立つ。入浴制限を検討すべきか？	
		浴槽の衛生状態		適・否(要緊急・他)		
		浴槽水の衛生状態		適・否(要緊急・他)		
		浴場管理者	管理者( ) 管理記録(有・無)	適・否(要緊急・他)		
	生活環境の改善整備	感染症の発症状況	インフルエンザ		有・無	
			ノロ		有・無	
			その他( )		有・無	
		居室内温度測定値	日中(℃) 夜間(℃)	適・否(要緊急・他)		梅雨に入り湿度が高いが、除湿対策なし。
		居室内湿度測定値	日中(%) 夜間(%)	適・否(要緊急・他)		
		タバコ分煙対策	有(方法 )・無	適・否(要緊急・他)		
		衛生害虫被害発生	蚊		適・否(要緊急・他)	毛布使用者から皮膚掻痒感訴えあり、ダニによるものか？
			ハエ		適・否(要緊急・他)	
			ダニ		適・否(要緊急・他)	
			その他		適・否(要緊急・他)	
寝具乾燥対策	有(方法 )・無	適・否(要緊急・他)		寝具を干すスペースなし。		
洗濯の状況	手洗い 有・無		適・否(要緊急・他)		乾燥機がなく、女性が下着等の乾燥に躊躇している。	
	洗濯機 有・無					
	洗濯サービス 有・無					
	その他( )					
プライバシー関連苦情			有・無			

※平成22年度厚労科研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)  
「地域健康安全を推進するための人材養成・確保のあり方に関する研究」(研究代表者 曾根智史)「保健所等の職員(環境衛生監視員)の資質・能力を向上させるための教育研修手法開発に関する研究」  
担研究者:鈴木 晃(国立保健医療科学院)一部改訂参考

避難者健康状況連名簿

避難所 ⇒ 情報集約先

・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、健康相談票を作成する。  
 ・乳幼児・高齢者・介護認定者・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。

連番	把握年月日		市・町・村		場所（避難所・仮設住宅名）								把握年月日			担当者（所属）							
	氏名	年齢	性別	乳幼児	妊産婦	成・老人	寝たきり	難病	その他	手帳所持	介護認定	独居	その他	病気	無	治療中 (病名)	中断	自覚症状	相談したいこと	要継続は○	備考		
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
0																							



## 健康相談票

NO.

相談日 平成 年 月 日 ( ) 午前・午後	
氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳	
住民票の住所	
現住所	
電話番号	携帯電話番号
【特に心配なこと】	住居の状況
	今後の避難予定
<p>○気になる症状があれば印を付けてください。</p> <input type="checkbox"/> 過労 <input type="checkbox"/> 頭痛, 頭重 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸, 息切れ <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 関節, 腰痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 目の症状 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 決断力低下 <input type="checkbox"/> 焦燥感 <input type="checkbox"/> ゆううつ <input type="checkbox"/> その他 <p>【症状の経過】</p>	
<p>○これまでにかかった病気がありますか。</p> なし・あり 心疾患・脳血管疾患・高血圧・糖尿病・肝臓疾患・腎臓疾患・結核呼吸器疾患・精神疾患・その他 病名 ( )	
<p>○今治療している病気がありますか。</p> なし・あり 病名 ( ) 通院医療機関名 ( ) 治療状況 手持ちの治療薬 (薬品名: , 日分)  特に留意が必要な事項 人工呼吸器・在宅酸素・人工透析 (血液・腹膜)・自己注射・ストーマ・その他	
<p>○障害の状況や介護の状況を教えてください。</p> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 介護認定 (要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) 障害の状況 ( )	
<p>○食事の状況を教えてください。</p> 食欲 あり・なし 食事制限 なし・あり (内容 ) 主な食事内容 朝 ( ) 昼 ( ) 晩 ( ) ※乳児の場合 母乳・ミルク・混合 回 離乳食 開始 ( か月)・未開始	
相談担当者記入欄 (担当者 )	
<相談指導内容>	<今後の支援計画> ・終了 ・継続 ・他機関紹介 (紹介先 )



\*必要に応じ 避難所等 ⇒ 情報集約先

## 避難所等相談対応票

相談場所名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

担当者名 \_\_\_\_\_

番号	氏名	年齢	性別	血圧	内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
0					

※健康相談等に対応した被災者を全て記載する。



## 避難所（巡回）健康相談実施状況報告書

避難者数： 人 報告者名

実施年月日	平成 年 月 日 ( )			実施場所			
従事者数	保健師						その他 (看護師, 医療関係者) ※ボランティアを含む
	総数	総合事務所福祉保健局等	市町村	応援・派遣者			
				県内		県外	
				総合事務所福祉保健局等	市町村		
						( ) ( )	
健康相談延べ件数	種別	件数	主なケアの内容				
	1 乳幼児・児童						
	2 妊産婦						
	3 成・老人						
	4 寝たきり						
	5 難病						
	6 その他						
	合計						
継続支援の必要なケース数	件 (No. )						
不足している物資 (医薬品等)							
健康	問題点等						
	対策・対応						
寝たきり者・車椅子使用者等への対応							
避難所・環境等※	問題点 (水道・ガス, トイレ, 電気, 暖房, 入浴等)						
	対策・対応						
その他必要と思われた情報							
引継ぎ事項							

※避難所・環境等の項目については、様式1 避難所生活環境調査票を作成している場合は記載しなくてよい。



\*必要に応じ **避難所** ⇒ **情報集約先**

## 災害直後見守り必要性のチェックリスト

◎見守りを要する人のチェックをしましょう！

災害の後新たに生じた不安、落ち込み、いらだち、焦り等は、一時的な誰にでもあることなので、落ち着いて様子を見守りましょう。

しかし、不眠、パニック、興奮、放心等が強い場合は、できるだけ早期に窓口へ相談しましょう。

氏名	男・女	避難所			
		日時	年	月	日 AM/PM 時
大・昭・平	年	月	日 ( 歳)	記入者氏名	
住所			記入者所属		
(携帯) 電話番号		非常に	明らかに	多少	なし
落ち着きがない・じっとできない					
話がまとまらない・行動がちぐはぐ					
ぼんやりしている・反応がない					
怖がっている・おびえている					
泣いている・悲しんでいる					
不安そうである・おびえている					
動悸・息が苦しい・震えがある					
興奮している・声が大きい					
災害発生以降、眠れていない					
今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった				はい	いいえ
今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている				はい	いいえ
治療が中断し、薬が無くなっている(身体の病気も含む)				はい	いいえ
病名					
薬品名					
要配慮者(高齢者、乳幼児、障害者、傷病者、日本語の通じにくい者)である				はい	いいえ
家族に要配慮者がいる				はい	いいえ

厚生労働省災害時地域精神保健医療活動ガイドラインを一部改編

## スクリーニング質問票 (SQD)

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 食欲はどうですか。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 睡眠はどうですか。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



\*必要に応じ **避難所** ⇒ **情報集約先**

栄養状況把握票

記入日 年 月 日

避難所名

記入者氏名

避難所の状況	
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 ) 暖房器具 ( 使用可 ・ 使用不可 ) トイレ [ 使用可 → 施設のトイレ ( ) 個、仮設トイレ ( ) 個 ) [ 使用不可 ( ) ]
支援スタッフ	医師 常駐 ( ) 名、巡回 ( 無 ・ 有 ) → 週 ( ) 回 保健師 常駐 ( ) 名、巡回 ( 無 ・ 有 ) → 週 ( ) 回 看護師 常駐 ( ) 名、巡回 ( 無 ・ 有 ) → 週 ( ) 回 栄養士 常駐 ( ) 名、巡回 ( 無 ・ 有 ) → 週 ( ) 回 その他 ( ) 名 ( )
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 ) これまでに支給した食品 ( ) 栄養機能食品・特別用途食品 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 提供主体 ( 行政 ・ 自衛隊 ・ ボランティア ・ その他 [ ] )
炊き出し	( 行っていない ・ 行っている ) → ( 開始日 平成 年 月 日 ) 調理者 ( 行政 ・ 自衛隊 ・ ボランティア ・ 避難住民 )
食事内容	( 主食 ・ たんぱく質を多く含む食品 ( 肉, 魚, 卵, 乳類等 ) ・ 野菜 ・ 果物 ) ※記入日又はここ 2~3 日の状況をご記入下さい。
避難所住民数	収容人数 ( ) 名 男性 ( ) 名 女性 ( ) 名 年齢層 ( )
特別な配慮が必要な方	乳幼児 ( いる ・ いない ) ( ) 名 妊産婦 ( いる ・ いない ) ( ) 名 高齢者等嚥下困難な方 ( いる ・ いない ) ( ) 名 慢性疾患等で食事制限が必要な方 ( いる ・ いない ) ( ) 名 食物アレルギーがある方 ( いる ・ いない ) ( ) 名 体調不良者(下痢・便秘・食欲不振等) ( いる ・ いない ) ( ) 名 対応状況 ( おおむね対応できている ・ 対応できていない ) 理由 ( )
困っていること等	

対応

年 月 日 記入者所属 氏名	内容
----------------------	----



\*必要に応じ **避難所** ⇒ **情報集約先**

## 栄養に関する健康相談票

相談日 年 月 日

No		記入者名	
種別	・面接→避難所名又は住所 ( ) ・TEL (電話番号: ) ・その他 ( )		
相談者氏名			
対象者	・本人 ・本人以外→氏名 ( ) (続柄: )		
※以下は、対象者の方についてご記入下さい。			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳		
対象者属性	・乳幼児 ・学童期 ・妊婦 ・授乳婦 ・成人 ・高齢者 ・食物アレルギー		
現病歴	・糖尿病 ・高血圧 ・腎臓病 ・その他 ( )		
現病歴の 治療状況	現在の服薬状況 ( 中断 ・ 継続 ) 薬品名 ( )		
これまでの 食事制限	食事制限 ( 有 ・ 無 ) 具体的な制限内容 ( )		
現在の 自覚症状	・発熱 ・吐き気 ・便秘 ・下痢 ・口腔内症状 ( ) ・歯に関する症状 ・その他 ( )		
現在の 食事内容	乳児の場合 ( 母乳 ・ 粉ミルク ・ 混合 ) 離乳食 ( 開始 ・ 未開始 )		
	子ども・成人・妊婦・授乳婦・高齢者の場合 (主食 ・ たんぱく質を多く含む食品(肉, 魚, 卵, 乳類等) ・ 野菜 ・ 果物 ) 具体的な食事内容 ( )		
	1日の食事回数 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ その他 ( ) )		
	食欲 ( 有 ・ 無 )		
	水分摂取状況 ( mℓ )		
身体活動	( ほとんど動かない ・ 普通 ・ よく動く )		
相談内容 (困っている こと等)			
指導内容			
今後の支援 計画	( 解決 ・ 継続 )		

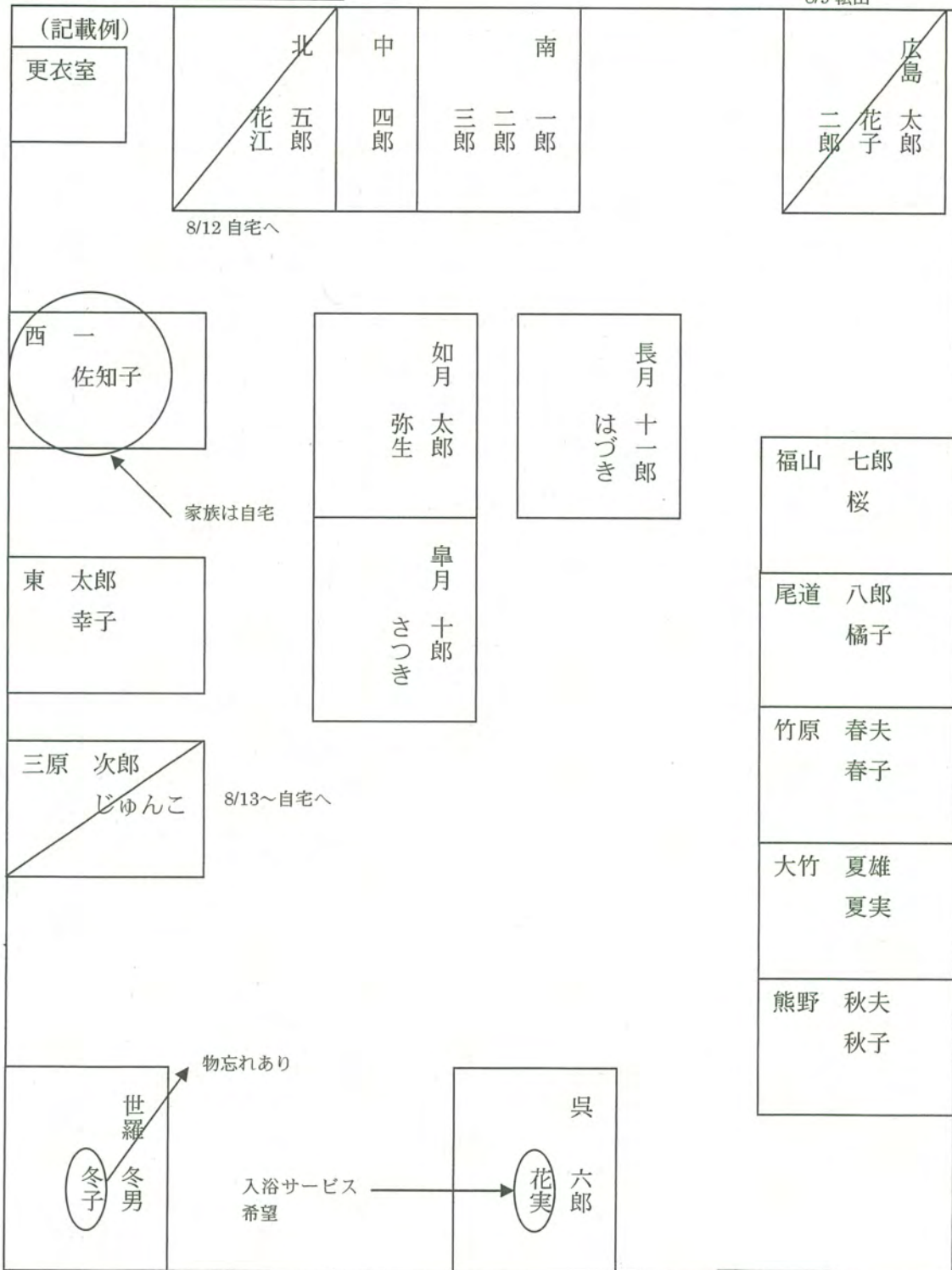
\*必要に応じ 避難所 ⇒ 情報集約先

避難所マップ

平成 年 月 日現在

作成者氏名 \_\_\_\_\_

避難所名



\* 必要に応じ 避 難 所 ⇒ 情報集約先

高齢者等施設への情報提供票

情報提供元	避難所名 連絡先電話番号		情報提供先
-------	-----------------	--	-------

記入日		記入者	
対象者 氏 名	(男・女)	対象者 生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
元の住所	家族の状況		
健康状態			
避難所での生活状況		対応	
引継ぎ事項			



担当

地区NO

年月日

健康福祉二一ズ調査票(平成)

連番	住所	氏名	被験者世帯 主は生年月日記載	回答者	対象者	対象者(再掲)	調査票 作成者	健康状態等			住宅状況	車中泊一泊以上	居場所		支援方針	支援の内容*	備考
								病状	治療状況	自覚症状			日中	夜間			
1				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
2				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
3				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
4				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 要支援 2 情報提供 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
5				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
6				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
7				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
8				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 要支援 2 情報提供 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
9				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 要支援 2 情報提供 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				
0				1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他( )	1 身体・療育・精神手帳 ( )級 2 介護認定 要介護 1,2,3,4,5 3 独居 4 高齢者世帯	1 あり 病名 ( )	1 治療中	1 あり 具体的に	1 赤紙 (危険) 2 黄紙 (要注意) 3 青紙 (調査済) 4 判定未	1 あり	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 その他 ( )	1 情報提供 2 要支援 3 問題なし	1 病気・療養 2 介護 3 小児 4 育児 5 食事 6 口腔ケア 7 その他 ( )				



仮設住宅入居者健康調査票

面接日 平成 年 月 日 訪問者

仮設住宅名 部屋番号 前住所

氏名	年齢性別	職業	対象者	対象者の状況	受診状況	健康状態・睡眠	自覚症状	交流	対応	備考
○	男・女		1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他 ( )	1 健康 2 障害者手帳(身・療・精) 3 介護認定 ( ) 4 独居 5 高齢者世帯 6 その他 ( )	1 なし 2 通院中 ( ) 3 入院中 4 入所中 5 治療中断	1 良好 2 普通 3 不調  睡眠 (良・不良)	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(憂うつ・イライラ・意欲の低下・他 ) 身体症状(身体機能の低下・他 ) その他(食欲低下・疲れやすい・飲酒量増加 )	1 変化なし 2 疎遠になった  仮設住宅内の交流 (有・無)	1 個別支援 2 生活支援 相談員 3 対応不要	
	男・女		1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他 ( )	1 健康 2 障害者手帳(身・療・精) 3 介護認定 ( ) 4 独居 5 高齢者世帯 6 その他 ( )	1 なし 2 通院中 ( ) 3 入院中 4 入所中 5 治療中断	1 良好 2 普通 3 不調  睡眠 (良・不良)	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(憂うつ・イライラ・意欲の低下・他 ) 身体症状(身体機能の低下・他 ) その他(食欲低下・疲れやすい・飲酒量増加 )	1 変化なし 2 疎遠になった  仮設住宅内の交流 (有・無)	1 個別支援 2 生活支援 相談員 3 対応不要	
	男・女		1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他 ( )	1 健康 2 障害者手帳(身・療・精) 3 介護認定 ( ) 4 独居 5 高齢者世帯 6 その他 ( )	1 なし 2 通院中 ( ) 3 入院中 4 入所中 5 治療中断	1 良好 2 普通 3 不調  睡眠 (良・不良)	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(憂うつ・イライラ・意欲の低下・他 ) 身体症状(身体機能の低下・他 ) その他(食欲低下・疲れやすい・飲酒量増加 )	1 変化なし 2 疎遠になった  仮設住宅内の交流 (有・無)	1 個別支援 2 生活支援 相談員 3 対応不要	
	男・女		1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成・老人 4 寝たきり 5 難病 6 その他 ( )	1 健康 2 障害者手帳(身・療・精) 3 介護認定 ( ) 4 独居 5 高齢者世帯 6 その他 ( )	1 なし 2 通院中 ( ) 3 入院中 4 入所中 5 治療中断	1 良好 2 普通 3 不調  睡眠 (良・不良)	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(憂うつ・イライラ・意欲の低下・他 ) 身体症状(身体機能の低下・他 ) その他(食欲低下・疲れやすい・飲酒量増加 )	1 変化なし 2 疎遠になった  仮設住宅内の交流 (有・無)	1 個別支援 2 生活支援 相談員 3 対応不要	

緊急時連絡先: 電話番号:

本人との関係

※世帯ごとに作成する。

## 仮設住宅訪問報告書

訪問年月日	訪問者	所 属	氏 名
平成 年 月 日			

仮設住宅名			
訪 問 時 間	(午前・午後)	:	～ :
訪 問 状 況	訪問世帯数	世帯(不在世帯数 世帯) 継続支援が必要な世帯数 世帯	
	その他課題等		
現在までの 訪 問 状 況 (今日現在)	仮設戸数	戸	入居世帯 世帯
	入居世帯 のうち	状況把握世帯	世帯 継続支援が必要な世帯 世帯
		不在(未把握)世帯	世帯

仮設住宅名			
訪 問 時 間	(午前・午後)	:	～ :
訪 問 状 況	訪問世帯数	世帯(不在世帯数 世帯) 継続支援が必要な世帯数 世帯	
	その他課題等		
現在までの 訪 問 状 況 (今日現在)	仮設戸数	戸	入居世帯 世帯
	入居世帯 のうち	状況把握世帯	世帯 継続支援が必要な世帯 世帯
		不在(未把握)世帯	世帯



派遣公衆衛生スタッフ ⇒ 総合事務所福祉保健局等(公衆衛生スタッフ受入れ担当)

公衆衛生スタッフ活動報告書

年 月 日	平成 年 月 日( )天候( )	派遣日程	/ ~ /
所属		スタッフ職・氏名	
活動開始時間	時 分	活動終了時間	時 分
活動場所			
活動内容	<p>【主に被災者への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・避難所(健康相談 )</li> <li>・仮設住宅(健康相談 訪問 )</li> <li>・地区活動支援(健康相談 )</li> <li>・職員の健康管理(健康相談 )</li> <li>・要支援者フォロー(健康相談 )</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>【全般的な対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常業務支援( )</li> <li>・その他( )</li> </ul>		
1日のスケジュール		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 引継ぎ事項			

送 付 先
事務所:
FAX: _____

ご協力をいただき、ありがとうございます。

避難所で直接オリエンテーションを受けられた方の連絡先等を教えていただきたいので、  
お手数でも FAX で連絡をお願いします。

### 公衆衛生スタッフ連絡先

担当避難所名: \_\_\_\_\_

連絡月日:     月     日

No.	所属	氏名	派遣中の連絡先*注 (携帯電話番号)	派遣期間
1				/ ~ /
2				/ ~ /
3				/ ~ /
4				/ ~ /
5				/ ~ /

\*注 派遣中の連絡先について

公用以外の携帯電話の方で、FAX 送信に不都合がある場合はご連絡ください。

その際、携帯電話番号を確認させていただきます。

( \_\_\_\_\_ 総合事務所福祉保健局、東部福祉保健事務所 : 電話 \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ 総合事務所生活環境局、東部生活環境事務所 : 電話 \_\_\_\_\_ )

\* 宿泊先を確保されているチームは、宿泊先を記入してください。

宿泊先の名称	電話番号

被災市町村 ⇒ 総合事務所福祉保健局等 ⇒ 鳥取県(医療政策課)

**鳥取県 医療政策課 行**  
(総合事務所福祉保健局等経由)

\*は必須記入

市町村名*	
所属・職*	
氏名*	
電話番号*	
FAX 番号*	
要請日時*	平成 年 月 日 時 分

**災害時公衆衛生スタッフ応援・派遣要請**

**【応援(予定)状況】**

事 項	内 容
派遣要請期間	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )
派遣要請人数	派遣保健師数 人 (その他の職種 人)
活動場所 ※	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 地域(在宅被災者) <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> その他( )
業務内容 ※	<input type="checkbox"/> 避難所等における被災者の健康管理 <input type="checkbox"/> 在宅被災者の健康調査, 健康管理 <input type="checkbox"/> 仮設住宅入居者の健康調査・健康管理 <input type="checkbox"/> 被災地公衆衛生活動の統計・資料作成 <input type="checkbox"/> 被災市町村公衆衛生活動業務(通常業務) <input type="checkbox"/> 被災地公衆衛生活動の企画調整業務 <input type="checkbox"/> その他( )
活動体制 ※	<input type="checkbox"/> 24 時間体制(避難所等に宿泊) <input type="checkbox"/> 夜間の活動 <input type="checkbox"/> 長時間の勤務 <input type="checkbox"/> 日中活動が中心 <input type="checkbox"/> その他( )
備 考	

※ 県内全体の被災状況により、調整を行います。



被災地以外の県内市町村 ⇒ 鳥取県(医療政策課)  
 他都道府県自治体等 ⇒ 鳥取県(福祉保健課)

鳥取県 医療政策課 行

鳥取県 福祉保健課 行

※は必須

市町村名※	
所属・職※	
氏名※	
電話番号※	
FAX 番号※	
要請日時※	平成 年 月 日 時 分

災害時公衆衛生スタッフ応援・派遣体制

【応援(予定)状況】

事項	内容
派遣可能期間※	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )
派遣可能人数 及びチーム体制※	派遣保健師数 人(※2名以上の体制でお願いします。) その他の職種 職名: 人 派遣チーム数(予定) チーム 派遣チーム毎の活動期間 日(※移動日等を含まない。)
活動体制	<input type="checkbox"/> 24時間体制(避難所等に宿泊)可能 <input type="checkbox"/> 夜間の活動可能 <input type="checkbox"/> 長時間の勤務可能 <input type="checkbox"/> 日中活動が中心 <input type="checkbox"/> その他( )
備考	

※ 応援・派遣に際しての経費の支出、宿泊・携行品の用意等は、各自治体でお願いします。  
 ※ 応援・派遣をお願いする際には、調整のうえ、別途詳細についてご連絡させていただきます。

鳥取県（医療政策課・福祉保健課）⇒ 応援・派遣自治体・団体

## 公衆衛生スタッフ応援・派遣要請の概要

派遣依頼期間	活動開始日 平成 年 月 日( ) 終了予定日 平成 年 月 日( )
派遣チーム体制	派遣予定チーム数 チーム(1チーム最低保健師2名以上の実働体制) 派遣チーム活動期間 日
活動場所・住所	・県庁・〇〇総合事務所福祉保健局、東部福祉保健事務所、〇〇総合事務所生活環境局、東部生活環境事務所・市町村・その他
集合日時・場所・担当者等	日時: 平成 年 月 日( ) 時 場所: 住所: 電話: 担当者:
主な活動内容	活動場所:避難所・在宅・仮設住宅・その他( )  活動業務:・避難所等における被災者の健康管理 ・在宅被災者の健康調査, 健康管理 ・仮設住宅入居者に対する健康調査 ・被災地公衆衛生活動の統計・資料作成 ・被災市町村保健活動業務(通常業務) ・被災地公衆衛生活動の企画調整業務 ・その他  活動体制:・24時間体制(避難所等に宿泊)。 ・夜間の活動あり。 ・長時間勤務の可能性あり。日中活動が中心。
携行品等	公衆衛生活動に必要な物品: 血圧計, 聴診器, 訪問用かばん, 筆記用具等  一般的な物品以外の必要物品: 寝袋, 車(移動手段), PC  その他: 緊急通行車両確認書, 災害派遣等従事車両証明書等
被災地の状況 (月 日現在) 詳細は, 別紙	被災状況: 死者 名, 負傷者 名, 全壊家屋 戸 半壊家屋 戸 避難状況: 避難所数 箇所, 避難者数 名 ライフライン: 電気(復旧・停電), 水道(復旧・断水), ガス(復旧・遮断) 道路・交通: 医療体制: その他:
その他	・現地での移動手段・宿泊・食料等は, 各自治体で用意してください。 ・状況の変化により, 活動場所・活動内容は変更する場合があります。
連絡先・担当者	〒680-8570 鳥取県鳥取市東町一丁目 220 番地 ■鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課 担当者( ) TEL 0857-26-7188 FAX 0857-21-3048 ■鳥取県福祉保健部福祉保健課 担当者( ) TEL 0857-26-7138 FAX 0857-26-8116

※ 派遣自治体と協議のうえ作成する。







様式 2 1

総合事務所福祉保健局等 ⇒ 福祉保健課  
環境立県推進課

### 災害時における公衆衛生スタッフ派遣に係る名簿

総合事務所福祉保健局、東部福祉保健事務所  
総合事務所生活環境局、東部生活環境事務所

派遣 順位	課・係	職名	名前	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				

#### 【記入上注意】

この名簿は、県外において災害が発生した場合に公衆衛生スタッフを派遣する計画立案に活用する。

- ① 災害発生時に県外に派遣する場合は、派遣計画をもとに派遣を決定する。
- ② 備考には、派遣に関して考慮が必要な事項があれば記載する。

例) 8月は、派遣から除いてほしい。

派遣公衆衛生スタッフ(班) ⇒ 医療政策課

## 被災地支援活動状況

活動期間	鳥取県チーム 第 班 平成 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)	<b>【避難者数】</b>  <b>【ライフライン被災状況】</b>  <b>【生活状況】</b>		
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、関係 機関との連携等)			
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			

※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。

