

様式(本編との対照表)

- 様式 1 避難者名簿(P-43)
- 様式 2 避難者名簿一覧表(P-63)
- 様式 3 避難者数集計表(P-63)
- 様式 4-1 被災状況報告書(P-29)
- 様式 4-2 被災状況確認表
- 様式 5-1 開設要請(承諾)書(P-33、34、38)
- 様式 5-2 災害時アセスメントシート(P-31、43)
- ※参考掲載健康相談個人票(徳島県保健衛生活動マニュアル様式3-1)(P-31)
- 様式 5-3 要配慮者受入要請書(P-33、34)
- 様式 5-4 要配慮者等・緊急入所者・受入退所リスト(P-43)
- 様式 6-1 移送要請書(P-37)
- 様式 6-2 移送記録簿(P-37)
- 様式 7 福祉避難所日報(P-45、63)
- 様式 8 福祉避難所等指定解消通知書(P-65)
- 様式 9 郵便物等受付簿(P-45)
- 様式 10-1 避難者情報確認シート(避難先届)(阿南市)(P-45)
- 様式 10-2 避難者情報確認シート(避難先届)(郵便局)(P-45)
- 様式 11 食料依頼伝票(P-48)
- 様式 12 物資依頼伝票(P-48)
- 様式 13 食料・物資受入簿(P-48)
- 様式 14 食料管理簿(P-49)
- 様式 15 物資管理簿(P-49)
- 様式 16 避難者の健康状況調査シート(P-61)
- 様式 17 取材者用受付用紙(P-44)
- 様式 18-1 人的支援依頼票(P-41)
- 様式 18-2 人的派遣依頼票(P-41)
- 様式 19 ボランティア派遣依頼書(P-41)
- 様式 20 ボランティア活動記録簿(P-41)
- 様式 21 事務引継書(P-39)
- 様式 22 主な関係機関連絡先一覧表(P-45)
- 様式 23 支出明細書(P-35)
- 様式 24 福祉避難所の設置運営に要した経費に関する届出書(P-65)

避難者名簿

入所年月日		年 月 日				家屋の被害状況		居住の可否 (可・否)							
ふりがな						全壊・半壊・一部損壊・被害無し									
記入者氏名						半壊・一部損壊の場合：寝泊まり可・寝泊まり不可・分からない 断水・停電・電話不通									
住所						車種 ナンバー) 無し							
電話番号						車 ペット									
緊急連絡先		氏名				携帯番号									
※必ず記入		住所		電話番号											
氏名		続柄	性別	生年月日	年齢	勤務先 学校・学年	資格・特技	要介護 高齢者	配慮の区分	安否確認	現在寝泊まりして いる場所(避難所 自宅、親類宅等)				
家族構成		世帯主							障がい者	妊産婦	その他	無事	不明	死亡	
避難者一覧の掲示・公開		同意する				同意しない									
特に避難所生活で配慮を希望すること通院治療・服薬の有無、各種障害手帳の所持、福祉サービスの利用、集団生活の不安、避難所での希望など															
退所年月日		年 月 日													
退所後住所															
退所後連絡先(電話番号)															
備考															

被災状況報告書

※ 状況に変化があった場合は、「第2報」以降の報告をしてください。

施設名	報告日時	報告者
	年 月 日 時 分	

1 施設職員、利用者の状況

区分	責任者氏名	連絡担当者
	職員 名	(うち負傷者 名)
区分	内 訳	
	高齢者 名	障がい者 名
	その他 名	(うち負傷者 名)

2 建物の被害状況 ライフラインについては、○か×を記入

建物の被害状況	被害なし	全壊	半壊	危険な状態
電気	水道	ガス	下水道	

3 通信手段の状況 可能な連絡方法を記載してください

区分	番号	区分	番号
有線電話		携帯電話	
ファクシミリ		e-mail	
その他			

4 本来業務継続の可否

本来業務継続の可否	<input type="checkbox"/> 継続が可能 <input type="checkbox"/> 人員、建物があれば継続が可能 <input type="checkbox"/> 継続が不可能
備考	(上記の理由等を具体的に記入してください)

5 福祉避難所としての開設の可否

福祉避難所開設の可否	<input type="checkbox"/> 開設が可能 受入可能人数 _____ 人 <input type="checkbox"/> 人員、物資があれば開設が可能(受入用件は下記「6」に記入) 受入可能人数 _____ 人 <input type="checkbox"/> 開設不可能
備考	(開設不可能な理由等を具体的に記入してください)

6 福祉避難所としての開設の可否

(「5 福祉避難所開設可否」で「人員、物資があれば開設が可能」とした場合に記入してください。)

必要な人員	人	想定している業務()
必要な物資 ()に数量を記入	()	()
	()	()
	()	()

7 周辺の状況等

周辺の状況 道路、河川等	(現在の状況や施設周辺の被害状況等を分かる範囲で記入してください。)
-----------------	------------------------------------

※ 記入欄が不足する場合、別紙に記載の上、ファクシミリ等で提出してください。

被災状況確認表

(※提出不要)

施設名	確認日時	確認者
	年 月 日 時 分	

1 施設周辺、施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常無し 又は良好	異常あり
施設周辺	<input type="checkbox"/> 近くで火災が発生していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 延焼の危険性はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ガス臭がしないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 地割れ、陥没、隆起、液状化がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 周辺施設の建築物等が倒壊し、危険ではないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 断線し垂れ下がっている電線はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 周辺道路(幹線道路からの進入の可否)は通行できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		

2 施設内部の状況

調査箇所	階	室・トイレ・廊下		
点検項目	<input type="checkbox"/> 出火防止措置を講じたか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> ガス臭くないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉は開閉できるか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 床の破損がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 天井の亀裂・落下がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損はないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 備品等の転倒、落下がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 断水していないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
応急措置では対応不可能	<input type="checkbox"/> 特記事項(緊急に必要な補修など)			

開設要請(承諾)書

阿南市 様
 (施設名) 様

年 月 日

協定書第1条の規定に基づき、福祉避難所の設置について下記のとおり要請(承諾)します。

開設期間	年 月 日() ~ 年 月 日() ※開設の延長が必要な場合にあつては、協議のうえ延長を行うこととします。
施設名	
施設所在地	
施設の種類	
備考	

阿南市担当連絡先	課名	担当者	電話:
			FAX:

施設担当連絡先	役職等	担当者	電話:
			FAX:

災害時アセスメントシート

様式5-2

災害時における避難生活(避難所や福祉避難所)において、対象者の状況を確認するためのシートです。

※印・太線枠内は、必ず記入してください

記入日時		記入者所属	
記入場所		記入者氏名	

基本項目

フリガナ ※氏名・性別		男女 その他	※住所	
※生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日 (歳)	※電話	本人	固定・携帯
家屋被害の有無	有・無	家屋被害の状況		
本人や家族の 心配事・希望				
同居家族構成	祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・孫		同伴者の有無	有・無()
緊急連絡先	フリガナ	続柄	住所	
	氏名		電話	

簡易所見

()の理由により、福祉避難所・緊急入所・入院・その他()が必要
その他

要支援関連項目

生活保護	受給あり・受給なし			
要介護認定	※認定の有無	有・無	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
	認知症高齢者の日常生活自立度判定の有無	有・無	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	
	担当介護支援専門員	事業所・機関名		
		氏名		
障がい区分	※手帳の有無	身体障害者手帳	有・無	1級・2級・3級・4級・5級・6級
		療育手帳	有・無	A1(最重度)・A2(重度)・B1(中度)・B2(軽度)
		精神障害者保険福祉手帳	有・無	1級・2級・3級
	担当ワーカー等	事業所・機関名		
		氏名		
サービス利用 事業所1			サービス利用 事業所2	

医療受信等の状況

かかりつけの 医療機関名		服薬状況	有・無・不明
基礎疾患		医療上の 注意事項	

ADL等の状況

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ)	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ)	<input type="checkbox"/> 自立 (オムツ・パット 等利用)	<input type="checkbox"/> 要介護 (トイレ誘導)	<input type="checkbox"/> 要介護 (トイレ介助)	<input type="checkbox"/> 要介護 (トイレ介助)	<input type="checkbox"/> 要介護 (オムツ等交 換介助)	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 医学的配慮
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立 (食事制限 あり)	<input type="checkbox"/> 要介護 (配膳・下 膳)	<input type="checkbox"/> 要介護 (食事準備)	<input type="checkbox"/> 要介護 (摂食行為)	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> アレルギー ()		
	<input type="checkbox"/> 要介護 (口腔ケア)	<input type="checkbox"/> 経管栄 養等の医 学的配慮	<input type="checkbox"/> 食事形態 (普通食、刻み食、ミキサー食、ソフト食)			更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立 (一部介助)	
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (安定)	<input type="checkbox"/> 自立 (不安定)	<input type="checkbox"/> 自立歩 行(用具)	<input type="checkbox"/> 自立移 動(車椅子)	<input type="checkbox"/> 要介護 (同行介助)	<input type="checkbox"/> 要介護 (車椅子)	<input type="checkbox"/> 要介護 (移乗)	<input type="checkbox"/> 不可	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題 なし	<input type="checkbox"/> やや 難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	<input type="checkbox"/> 意思表 出が困難	<input type="checkbox"/> 意思疎 通が困難	<input type="checkbox"/> 用具 使用	<input type="checkbox"/> 日本語 困難
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題 なし	<input type="checkbox"/> 服薬 あり	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 医学的配慮 ()					
行動・こだわり	<input type="checkbox"/> 問題 なし	<input type="checkbox"/> 社会 適応性	<input type="checkbox"/> 対人コ ミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自閉 傾向	<input type="checkbox"/> こだわりあり ()		<input type="checkbox"/> その他 ()		
自傷・他害	<input type="checkbox"/> 問題 なし	<input type="checkbox"/> 自傷行 為あり (意識的)	<input type="checkbox"/> 自傷行 為あり (無意識)	<input type="checkbox"/> 他傷行 為あり (間接的)	<input type="checkbox"/> 他傷行 為あり (直接的)				
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 日常生 活自立支 援事業	<input type="checkbox"/> 成年後 見制度	<input type="checkbox"/> 未成年 後見制度				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立 (不安定)	<input type="checkbox"/> 要介護 (フェア浴)	<input type="checkbox"/> 要介護 (特浴)					

主訴・経緯等

来訪時の様子	
本人等の主訴	
経緯・支援判断 要素等	

避難所の環境

電気	<input type="radio"/> ・ <input type="radio"/> × ()	電気	<input type="radio"/> ・ <input type="radio"/> × ()
ガス停止	<input type="radio"/> ・ <input type="radio"/> × ()	トイレ環境	
その他衛生環境			

聞き取れる範囲でのここ数日の状況

くらしの様子 (睡眠、食事、排泄、 入浴)	6時 12時 18時 24時 6時 12時 18時 24時 6時 12時 18時 24時
	気になること

DMATや災害派遣福祉チームの助言、医療ケアの必要性など

支援判断要素等	
---------	--

自由記述欄

支援判断 要素等	
-------------	--

※当該個人情報、県、市、社会福祉協議会、社会福祉施設等の関係者間で共有し、今後の保健・医療・福祉分野等における支援に活用することについて、説明を受けたことに同意します。

年 月 日

署名

--

要配慮者受入要請書

様式5-3

様

年 月 日
(時 分)

福祉避難所等への受入れについて下記のとおり要請します。

建設の種類	障がい者福祉施設(入所・通所)・高齢者福祉施設(入所・通所)・その他
備 考	

要配慮者等受入要請者名簿

要配慮者氏名	(フリガナ)	年齢:生年月日	年 月 日	歳	性別	
本人住所			本人等連絡先			
心身及び障がいの状況 (服薬、既往症等を記載する)						
要介護度又は障がい等級・支援区分						
要配慮者のニーズ等	<要配慮者のニーズ(要望)と精神的な面を含め、必要とされる特別な配慮等>					
歩行状態	※車椅子や補助具利用等の状況を記載すること					
食事形態	※キザミ食・ミキサー食・とろみ食等					
かかりつけ医			連絡先 電話番号			
かかりつけ医所在地						
付添人情報	<付添人氏名> (フリガナ)			<付添人連絡先>		
	<付添人住所>					
	<いつまで添付が可能か>					
身元引受人情報	<引受人続柄・氏名> (フリガナ)			<引受人連絡先>		
	<引受人住所>					
市担当連絡先	課名:	担当者:		電話:		
				FAX:		

※氏名にはフリガナを必ずご記入ください

年 月 日

要配慮者等・緊急入所者 受入退所リスト

いずれかに○をつけてください。

施設名 _____

(福祉避難所 ・ 緊急入所施設)

番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
			歳	男・女		
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先			備考	
		(住所)			(電話)	
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
			歳	男・女		
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先			備考	
		(住所)			(電話)	
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
			歳	男・女		
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先			備考	
		(住所)			(電話)	
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
			歳	男・女		
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先			備考	
		(住所)			(電話)	
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
			歳	男・女		
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先			備考	
		(住所)			(電話)	

移送要請書

年 月 日

(施設名) 様

災害時における要配慮者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

要配慮者氏名			外 名
身元引受人	氏 名:	続柄:	
	連 絡 先:		
避難所名			
避難所住所			
現場担当職員			TEL:
移送希望日時	年 月 日	午前	時 分
		午後	

福祉避難所日報【施設名： _____】

年 月 日の状況について報告します

送信先		送信者 担当 TEL FAX							
開設期間(予定)		年	月	日	～	年	月	日	
受入状況	○受入人数	名	職員勤務状況	勤務時間	氏名				
	(内訳)要配慮者	名							
家族等	名								
施設・設備利用状況	受入れのために使用したスペース								
	使用設備・備品等								
物資調達等状況	施設等で直接調達した物資等								
	※できる限り伝票等を保管してください								
	品目	単価		数量	金額	支払先			
移送に関する協力	氏名	区 間					備 考		
その他特記事項									

福祉避難所等指定解消通知書

年 月 日

(施設名)

様

災害時における福祉避難所等の指定を下記のとおり解消します。

記

施設名	
施設の所在地	
施設の種類	
解消日	年 月 日
備考	

郵便物等受付簿

No. _____

No.	受付月日	宛て先	郵便物等の種類	受取月日	受取人	備考
1	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
2	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
3	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
4	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
5	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
6	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
7	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
8	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
9	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
10	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
11	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
12	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
13	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
14	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		
15	月 日		葉書・封書・小包 その他()	月 日		

- ・担当者は、「受付月日」～「郵便物等の種類」欄に記入します。
- ・本人に直接渡す必要がある郵便物等の場合、担当者は、本人に受け取りに来てもらい、「受取月日」と「受取人」欄に記入してもらいます

阿南市

No

避難者情報確認シート（避難先届）

年 月 日現在

※ご記入いただきました個人情報に関しては、当役所の業務のみに使用し、厳正に管理します。

ただし、下記にご承諾をいただいた場合は、郵便配達業務のために郵便局に開示します。

本紙に記載した情報の郵便局への開示を承諾します。

（※承諾の場合は、□内に「レ」を付してください。）

【お問い合わせ先】 阿南市役所 電話 0884-22-9191

届出者氏名	
-------	--

◇これまでのご住所（アパート等集合住宅の場合は部屋番号までご記入ください）

〒	-	
---	---	--

◎郵便物の配達について（いずれかを○でお囲みください）

- ・ご自宅への配達
- ・現在避難している場所

〒	-	
---	---	--

・その他への配達 → 郵便局へ転居届けを提出してください。

◇ご氏名等

世帯主	フリガナ					
	氏名	(姓)		(名)		
	フリガナ					
	氏名①	(姓)		(名)		
	フリガナ					
ご家族・同居人	氏名②	(姓)		(名)		
	フリガナ					
同居人	氏名③	(姓)		(名)		
	フリガナ					
	フリガナ					
	氏名④	(姓)		(名)		
	フリガナ					
	氏名⑤	(姓)		(名)		
	フリガナ					
事業所名						

郵便局

No

避難者情報確認シート（避難先届）

年 月 日現在

※ご記入いただきました個人情報に関しては、日本郵便において厳正に管理し、配達業務以外の目的には使用いたしません。ただし、下記にご承諾をいただいた場合は、行政機関からの開示要請を受けて開示します。

本紙に記載した情報の郵便局への開示を承諾します。

(※承諾の場合は、□内に「レ」を付してください。)

【お問い合わせ先】 阿南市役所 電話 0884-22-9191

届出者氏名	
-------	--

◇これまでのご住所（アパート等集合住宅の場合は部屋番号までご記入ください）

〒	-	
---	---	--

◎郵便物の配達について（いずれかを○でお囲みください）

- ・ご自宅への配達
- ・現在避難している場所

〒	-	
---	---	--

・その他への配達 → 一般のとおり転居届の提出をお願いします。

◇ご氏名等

世帯主	フリガナ				
	氏名	(姓)		(名)	
	フリガナ				
	氏名①	(姓)		(名)	
ご家族	フリガナ				
	氏名②	(姓)		(名)	
同居人	フリガナ				
	氏名③	(姓)		(名)	
	フリガナ				
	氏名④	(姓)		(名)	
	フリガナ				
	氏名⑤	(姓)		(名)	
事業所名					

食料依頼伝票

福祉避難所	依頼日時			月	日	時	分	
	ふりがな 福祉避難所名							
	住所							
	担当者名							
	TEL							
	FAX							
	依頼数	食(うち 軟らかい食事 食)						
(詳細)								
合計 食(うち 軟らかい食事 食)								
その他の依頼内容(アレルギー対応等、特別の配慮を要する食事の必要数など)								
市災害対策本部	受信日時			月	日	時	分	
	担当者名							
	処理時刻			月	日	時	分	
	配送数	食(うち 軟らかい食事 食)						
		(詳細)						
		合計 食(うち 軟らかい食事 食)						
	発注業者							
配送業者								
配送確認時間								

物資依頼伝票

①	依頼日時 月 日() 時 分			②	発注先業者名			
	ふりがな 福祉避難所名				TEL FAX			
	住 所				伝票No. 伝票枚数			
	担当者 TEL FAX				市災害対策本部受付日時 月 日() 時 分			
	品 名		サイズなど		数 量	市災害対策本部受付日時 TEL FAX		
						出荷数量 個 □ 備 考		
				個口合計				

- ・一行につき一品、サイズごとに記入し、数量はキリのいい数で注文してください。
- ・性別などは、「サイズなど」の欄に記入してください。
- ・この伝票に記入後、市災害対策本部に原則としてFAXで、物資の注文・配達を依頼してください。
- ・FAXが使えない場合は、必ず伝票の控えを残したうえで、この伝票を市の避難所担当職員に手渡すなどして、物資の注文・配達を依頼してください。
- ・物資の受領時に「食料・物資受入簿」に記入してください。

④	
受領 サイン	

③	出荷日時 月 日 時 分				
	配達者名 TEL FAX				
	配達日時 月 日 時 分				

食料管理簿
(日付)

品名	保管場所	/	/	/	/	/	/
長期保存可能な食品							
上記以外の食品							
飲料							
調味料							
その他							

物資管理簿
(日付)

品名		保管場所	/	/	/	/	/	/
被服、 寝具及び 身の回り 品	男性用							
	女性用							
	その他							
	日用品							
衛生・ 救急用品								
その他								

徳島県保健衛生活動マニュアル様式3-1

健康相談個人票 初回・()回	方法 ・面接 ・電話 ・その他	対象者 乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障がい者 その他()		担当者(自治体名)						
				相談日 年 月 日	時間					
保管先				場所						
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別 男・女	生年月日 M・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		独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()					
	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									
	被災の状況			制度の利用状況 ・介護保険 ・身体障がい者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他						
家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的苦痛(恐怖など) 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()					
			医療器財・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 内容() あり 水分()		血圧測定地 最高血圧： 最低血圧：					
	現在の状態(自覚症状毎に発症時期・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動機・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	自立	食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通	判断・記憶力	その他	
	一部介助									
	全介助									
	備考 必要器具など									
個別相談活動	相談内容					支援内容				
						今後の支援方針 解決 継続				

避難者の健康状況調査シート

月 日 午前・午後 時 分

福祉避難所名

避難者数 名

記入者氏名

	症 状	有症状者数	うち 乳幼児	うち 妊婦	うち 高齢者	うち 障がい者
感 染 症 症 状	下痢	人	人	人	人	人
	嘔吐	人	人	人	人	人
	発熱	人	人	人	人	人
	咳	人	人	人	人	人
	発赤・湿疹	人	人	人	人	人
	その他(記述)	人	人			
有 症 状	便秘	人	人	人	人	人
	食欲不振	人	人	人	人	人
	頭痛	人	人	人	人	人
	不眠・不安	人	人	人	人	人
	その他(記述)	人				

避難者の方々の健康状態を把握することにより、感染症のまん延をいち早く察知し、大流行を食い止めることにつながります。

毎日、上記のような症状の有無を確認し、人数を記入します。

上記のような症状がある避難者については、近隣の救護所や医療機関へつなぎます。

また、上記のような症状がある避難者が多数いる場合には、災害時情報共有システムに入力するとともに市又は保健所へ相談します。

人的支援依頼票

TEL : _____

福祉避難所名 _____ FAX : _____

依頼日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

発信者氏名					
依頼内容職種・人数	配置日時				
<input type="checkbox"/> 市職員 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> 看護師 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> 保健師 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> 保育士 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者 () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> ボランティア() () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
<input type="checkbox"/> その他() () (人)	月	日()	午前・午後	時	分
特記事項					

人的派遣依頼票

(依頼先) 様

年 月 日

阿南市長

災害時における人的支援について、下記のとおり派遣要請します。

記

依頼 A36:H41 容 職 種 ・人 数		配 置 日 時	
<input type="checkbox"/> 市職員	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 看護師	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保健師	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保育士	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> ボランティア()	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> その他()	(人)	月 日()	午前・午後 時 分
特記事項			
連絡先	災害対策本部	電話:	
	課名: 担当者:	FAX:	

ボランティア派遣依頼書

		→ ()ボランティアセンター			
発信日時	年 月 日 時 分				
福祉避難所名					
福祉避難所所在地					
連絡先	(TEL)				
	(FAX)				
依頼者					
ボランティア派遣が 必要な業務の内容及び 人数					
		→ 福祉避難所			
発信日時	年 月 日 時 分				
ボランティアセンター					
発信者名					
ボランティアセンター	(TEL)				
連絡先	(FAX)				
派遣依頼に対する回答					

受付年月日	年	月	日			
整理番号						
記録担当者						
ボランティア活動記録簿						
				この避難所 での活動回数	初回	回目
ふりがな				性	職業:	
氏名				別	活動人数: 男性	名
団体名					女性	名
住所	〒			電話:		
				(方)		
緊急時	氏名:					
連絡先	電話:					
	携帯:					
活動内容						
活動期間	月		日()	から	月	日()(予定)
活動時間	時		分	から	時	分 まで
ボランティア保険						
加入の有無						
※ ここで知り得た個人情報は、目的以外のためには使用しません。						
※ 団体に登録する場合は、代表者氏名を記入し、団体の構成員については、各団体の代表者が必ず把握してください。						
				活動終了日	年	月 日

引継日	年	月	日
福祉避難所名			
担当者	前任者	後任者	
業務内容			
業務における注意点			
避難者からの 要望事項等			
対応状況			
情報共有事項			
その他			

主な関係機関連絡先一覧表

名 称	電話番号	FAX番号	備考
○阿南市			
阿南市災害対策本部	0884-22-3854		災害対策
阿南市危機管理部危機管理課	0884-22-9191	0884-28-9884	防災
阿南市建設部土木課	0884-22-1595	0884-22-5211	土砂くずれ・市道
阿南市特定事業部下水道課	0884-22-1796		
阿南市水道部水道課	0884-22-0587	0884-23-6073	
阿南市保健福祉部保健センター	0884-22-1590	0884-22-1894	
阿南市保健福祉部福祉課	0884-22-1592		
阿南市保健福祉部介護・ながいき課	0884-22-1793		
阿南市保健福祉部子ども課	0884-22-1593		
阿南市教育委員会教育総務課	0884-22-3299	0884-22-4785	
阿南市環境管理事務所生活環境課	0884-22-0001		災害ゴミ
阿南市消防本部消防署	0884-22-1120	0884-22-1190	
阿南市消防署南出張所(橘)	0884-27-1574	0884-27-1574	
阿南市消防署西出張所(長生)	0884-23-1198	0884-23-1195	
○地方行政機関			
四国地方整備局	088-654-2211	088-654-9450	通行規制
徳島河川国道事務所	088-626-4156(時間外)		
徳島河川国道事務所日和佐出張所	0884-77-0465	0884-77-2723	通行規制
四国地方整備局	088-22-6461	0884-22-7062	河川情報
那賀川河川事務所	090-4509-0143(時間外)		
徳島地方气象台	088-622-2265	088-652-9407	天気予報
	088-622-3857(時間外)		
徳島海上保安部	0885-33-2246	0885-33-2245	
陸上自衛隊第14施設隊	0884-42-0991	0877-62-2311	災害派遣
自衛隊徳島地方協力本部	088-623-2220	088-623-2319	災害派遣
○徳島県災害関係機関			
南部総合県民局政策防災部	0884-74-7273	0884-77-3851	防災
危機管理部とくしまゼロ作戦課	088-621-2716	088-683-2002	防災
南部総合県民局県土整備部(河川)	0884-24-4252		河川情報
南部総合県民局県土整備部(維持管理)	0884-24-4232	0884-24-4654	土砂災害
南部総合県民局県土整備部(施設管理)	0884-24-4233	0884-24-4654	港湾管理
南部総合県民局県土整備部	0884-74-7333(時間外)		
南部総合県民局保健福祉環境部	0884-22-0072	0884-22-6404	
阿南警察署	0884-22-0110	0884-22-7616	

支出明細書

番号	年月日	費目	内容	単価	数量	金額	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							

