

様 式

報告書様式

時期	No.	記録様式名	提出先
事前	1	災害関係情報、機関・関係者一覧チェック表	自己保管
	1-2	管内保健・医療福祉関係機関一覧	自己保管
	1-3	要援護者リスト	自己保管
	1-4	要援護者リスト(難病・小児慢性特定疾患)	自己保管
	2	地域保健関連情報の概況	県健康推進課
初動	3	災害(事故)緊急報告書(石川県地域防災計画)	災害対策本部
	4	地域活動記録	県保健福祉センター (県健康推進課)
緊急 対策 ~	5	保健師派遣要請時提供情報	
	6	健康管理活動報告	
	7	感染症発生情報サーベイランスシート	
	8	感染症発生情報サーベイランスシート集計票	

現地活動用参考様式

時期	No.	記録様式名	提出先
緊急 対応	1	要緊急援護者安否確認状況一覧表	情報集約先
	2	避難所の生活環境調査票	情報集約先
	3	避難所マップ	情報集約先
	4	被災者健康相談票 経過用紙	情報集約先
	5	健康相談者名簿(連名簿)	情報集約先
	6	継続支援者台帳	情報集約先
応急 ~	7	被災世帯の健康調査票	情報集約先
	8	仮設住宅入居世帯調査票 記載マニュアル	—
	9	地震後の健康調査について(訪問時不在連絡票)	(家庭)
	10	家庭訪問不在時メモ	(家庭)
	11	健康に関するおたずね用紙	情報集約先

災害関係情報、機関・関係者一覧チェック表

項 目	作成主体	
	保健所	市町
◎県、各市町の防災マニュアルの確認 <input type="checkbox"/> 管内各市町災害対策本部、現地対策本部等の組織体制、連絡先 <input type="checkbox"/> 非常時の通信体制、非常時の通報連絡体制 <input type="checkbox"/> 避難所設置担当部署の把握、確認 <input type="checkbox"/> 指定避難場所及び避難経路 <input type="checkbox"/> 福祉避難所及び避難経路 <input type="checkbox"/> 避難所及び福祉避難所運営マニュアルの確認 <input type="checkbox"/> 災害拠点病院		
◎管内医療機関等施設一覧 <input type="checkbox"/> 管内保健・医療福祉関係機関一覧 <input type="checkbox"/> 医療機関一覧 <input type="checkbox"/> 高齢者の施設一覧 <input type="checkbox"/> 行政・相談窓口 <input type="checkbox"/> 医療・福祉関係団体		
◎人的資源一覧 <input type="checkbox"/> 保健所・市町職員緊急連絡網 <input type="checkbox"/> 保健所・市町各課長電話番号一覧 <input type="checkbox"/> 管内潜在保健師等連絡先一覧 <input type="checkbox"/> ボランティア団体連絡先一覧 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー等連絡先一覧 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員、健康づくり推進員等連絡先一覧 <input type="checkbox"/> 自治会長連絡先一覧		
◎患者・要援護者把握台帳 <input type="checkbox"/> 寝たきり者・身体障害児・者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 結核患者 <input type="checkbox"/> 難病患者(人工呼吸器、在宅酸素、吸引必要等) <input type="checkbox"/> 透析患者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 独居高齢者、高齢世帯者 <input type="checkbox"/> その他の要支援者		
◎物品一覧 <input type="checkbox"/> 物品台帳、保管物品名、保管場所 <input type="checkbox"/> 地図(担当地区、学校、医療機関、施設) <input type="checkbox"/> 災害時支援ノート		

管内保健・医療福祉関係機関一覧

I 市町保健・医療・福祉担当課一覧

1 健康推進担当課

	市町名	健康推進担当課	郵便番号	所在地 1	所在地 2	電話番号	FAX番号	担当課(担当者) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料等の備蓄状況
1										
2										
3										
4										
5										

2 福祉担当課

	市町名	母子福祉担当課	電話番号	FAX番号	障害福祉担当課	電話番号	FAX番号	高齢者福祉担当課	電話番号	FAX番号	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											

3 医療担当課

	市町名	医療担当課	郵便番号	所在地 1	所在地 2	電話番号	FAX番号	担当課(担当者) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料等の備蓄状況
1										
2										
3										
4										
5										

II 医療機関一覧

1 公立病院

	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	管理者名	病床数	診療科目	災害担当課名	担当課(担当者) E-mail	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											

2 一般病院

	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	管理者名	病床数	診療科目	災害担当課名	担当課(担当者) E-mail	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											

※印は救急告示病院

3 診療所

	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	管理者名	病床数	診療科目	災害担当課名	担当者名 E-mail	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

4 歯科診療所

	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	管理者名	病床数	診療科目	災害担当課名	担当者名 E-mail	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Ⅲ 高齢者の施設等一覧

1 介護保険施設等(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養型医療施設等、軽費老人ホームなど)

	施設名	施設の種類	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	入所定員	ショート数	通所定員	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1													
2													
3													
4													
5													
	計									0	0		

2 認知症グループホーム

	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	管理者	ユニット数	入所定員	形態	衛生材料等の備蓄状況
1												
2												
3												
4												
5												
	計									0	0	

3 介護サービス事業者(居宅サービス)

	事業所名(申請者)	サービスの種類	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1									
2									
3									
4									
5									

4 地域包括支援センター

	事業所名(申請者)	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1								
2								
3								
4								
5								

5 訪問看護ステーション

	事業所名(申請者)	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1								
2								
3								
4								
5								

IV 障害のある人の施設一覧
1 入所施設、障害者支援施設

	施設名	サービスの種類	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	入所定員	短期入所	通所定員	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1													
2													
3													
4													
5													
	計								0	0	0		

2 障害福祉サービス事業所(グループホーム、ケアホーム)

	施設名		郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	定員	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											
	計								0		

3 障害福祉サービス事業所(訪問系サービス、通所系)

	施設名		郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	定員	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											
	計								0		

4 地域活動支援センター

	施設名		郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	E-mail	代表者	定員	併設サービス	衛生材料等の備蓄状況
1											
2											
3											
4											
5											
	計										

V 行政・相談窓口

1 石川県(健康福祉部・相談所)

名 称	別添番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当課(担当官) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料等の備蓄状況
1 石川県庁							
2 救急管理課 急患対応課							
3 健康福祉部 企画調整課							
4 厚生保健課							
5 高齢社会課							
6 障害保健福祉課							
7 医療対策課							
8 地域医療連携課							
9 保健推進課							
10 薬事衛生課							
11 少子化対策課							
12 保健指導センター							
13 ニッポウの健康センター							
14 中央児童相談所							
15 七尾児童相談所							
16 石川中央児童相談センター 福祉相談部							
17 本荘相談支援センター							
18 リハビリテーションセンター							

2 保健福祉センター

名 称	別添番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当課(担当官) E-mail	休日・夜間連絡先	防災無線	災害情報システム	衛生材料等の備蓄状況
1 門田児童福祉センター									
2 石川中央児童福祉センター									
3 門田中央児童福祉センター									
4 能登北児童福祉センター									

3 福祉事務所

名 称	別添番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当課(担当官) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料等の備蓄状況
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

VI 医療・福祉関係団体

1 医師会・歯科医師会・薬剤師会等

	名 称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	代表者名	担当課(担当者) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料 等の備蓄状況
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

2 社会福祉協議会

	名 称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	代表者名	担当課(担当者) E-mail	休日・夜間連絡先	衛生材料 等の備蓄状況
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

要援護者リスト

No.	対象区分	優先順位	氏名 生年月日(年齢)	住所 TEL	病状及び治療状況	配慮すべき生活 (食事・排泄・移動等)	医療機関名・主治医等 TEL	安否確認 チェック	備考
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	
	母子 高齢 精神 障害	高 中 低	. . ()	TEL			TEL	済・未	

(平常時作成、被災時情報提供)

地域保健関連情報の概況

(作成日) 年 月 日

保健所名					
保健師数					
管内概況	総人口				人
	世帯数				世帯
	高齢者数				人
	出生数				人
				高齢化率	%
				出生率(人口千対)	
市町名					
人口(人)					
世帯数(世帯)					
高齢者数(人)					
高齢化率(%)					
出生数(人)					
出生率(人口千対)					
保健師数					
避難所設置 予定数(ヶ所)					
災害時における 保健活動計画	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
要援護者台帳 の整備	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
備考					

(参考文献)

平成19年度地域保健総合推進事業「地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会報告書」
(平成20年3月)

災害(事故)緊急報告書(第 報)

		報告日時		平成 年 月 日
				午前・午後 時 分
報告事項			報告者	所属
				職・氏名
				TEL
発生日時	平成	年	月	日 ()
			午前・午後	時 分頃
発生場所				
災害(事故)概要・対応状況等				
			受信者	

地域活動記録

Fax:

Eメール:

発信元() → 送信元()

・災害発生後の地域の健康課題を把握・解決するのに用い、必要に応じて情報集約場所への報告に用いる

活動チーム(保・看・栄・精・事・歯・医・他 名)

地域名		記録日時 年 月 日 時		記録者 (立場)
被害 状況	死傷者数	人		対策本部の組織(数・場所)
	負傷者数	人		
その他(住民の様子・家屋状況・がけ崩れ等)				
住民の 避難 状況	避難所数	ヶ所(備考)		避難していない人の状況
	場所:	.	人(状況)	
	場所:	.	人(状況)	
	場所:	.	人(状況)	
組織的 活動状 況	班・組織づくり、リーダーの有無等の状況			組織活動等の状況
ライフ ライン・交 通の状 況		可・不可	不可の場所	見通し等 遮断道路・通行上の注意・交通機関の機能など
	電話			
	電気			
	水道			
	ガス			
保健医 療福祉 の機能 やマン パワー の稼働 状況	医療機関・救護所(数・場所・名称)			ボランティアを含むマンパワーの種類と数 名称(個人・団体)、人数、支援内容等
	福祉機関(数・場所・名称)			
	在宅ケア(数・場所・名称)			
	保健活動(責任者:)			
必要 物品	不足している医薬品・衛生用品など			依頼・調達方法
情報 伝達	住民への情報・伝達すべき内容			要援護者への配慮した情報伝達手段・内容
課題 対策	住民のニーズ・優先すべき健康課題			必要な援護・対策
その他 連絡事 項等				

保健師派遣要請時提供情報

		作成	年	月	日
派遣依頼期間	<ul style="list-style-type: none"> ・活動開始日 平成 年 月 日() ・終了予定日 平成 年 月 日() (もしくは、活動予定期間 月頃まで)				
派遣チーム体制	1チーム最低2名以上の実働体制				
活動場所および住所	<ul style="list-style-type: none"> ・本庁 ・県保健所 ・市町 ・その他 				
集合日時 場所 担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・日時 平成 年 月 日() 時 ・場所 ・担当者名 				
主な依頼内容	<ul style="list-style-type: none"> ・活動場所 避難所 在宅 仮設住宅 その他() ・活動内容 ・活動体制 ○24時間もしくは長時間勤務の可能性大 (日頃まで) ○日中活動が中心 ○その他() 				
一般的な物品以外に 必要と考えられるもの	(例:車、防寒具、寝袋など)				
被災地の現状 (月 日現在)	<ul style="list-style-type: none"> ・被害状況 ○死者 名 ・ 負傷者 名 ○全壊家屋数 戸 ・ライフライン ○電気 ○水道 ○ガス ・道路、交通 ・医療体制 ・在宅ケアシステム ・派遣要請計画(規模等) ・その他 				
派遣要請自治体名 連絡先 担当者名					
その他					

(引用文献)平成19年度地域保健総合推進事業「地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会報告書」(平成20年3月)

被災地・避難所における感染症発生情報サーベイランスシート

1 報告者氏名：職種	氏名：	職種：			
2 報告年月日	平成 年 月 日 ()				
3 市町名					
4 地区名または避難所名	地区名：	避難所名：			
5 住所					
6 外部から連絡がとれる 避難所担当者	連絡担当者				
	連絡方法		電話番号		
	メールアドレス				
7 収容者概数	全体約 ()人	5歳未満	5～64歳	65歳以上	合計人数
	再掲(年齢区分ごと)				
8 症候群の分類	①急性の消化器症状(下痢、血便、嘔吐など)				
	②インフルエンザ、インフルエンザ様疾患				
	③急性の呼吸器感染症(インフルエンザ以外)				
	④発熱を伴う発疹、水疱など(はしか、水ぼうそう等)				
	⑤破傷風、髄膜炎・脳炎などの神経症状				
	⑥皮膚に限局する感染性疾患(疥癬など)				
	⑦けがに関連した感染症				
	⑧黄疸(肝炎など)				
	⑨死亡				
	その他の感染症				

注1 症候群情報には有症状者数を記入し、0人の場合は0を記入し、不明の場合は空欄とする

注2 避難所または地区の状況によっては、合計人数のみでも構わない

被災地・避難所における感染症発生情報サーベイランスシート集計表 (年 月 日)

	地区または避難所名	担当者	連絡方法	収容人数(全体)	症候群①	症候群②	症候群③	症候群④	症候群⑤	症候群⑥	症候群⑦	症候群⑧	症候群⑨	その他
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
計														

※症候群の番号は、様式7の症候群の分類の番号と同じものである

要緊急援護者安否確認状況一覧表

No.	対象区分	氏名 生年月日(年齢)	住所 TEL	現在の居場所			受診 状況	薬の有無 服薬の可否	健康状況			連絡方法		一緒に いる人	今後の 支援
				自 宅	避難場所	その他			※ ² 症状	※ ³ メンタル	その他	TEL	その他		
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否
		. . ()	TEL				有・無	有・無 可・否							要・否

※² 1:痛み、2:発熱、3:かぜ症状、4:胃腸症状、5:外傷、6:皮膚症状、7:食欲、8:咀嚼・えん下の状況、9:その他

※³ 1:眠れない、2:気分がすぐれない、3:落ち着かず、4:気分が沈みがちで憂うつ、5:やる気がしない、6:普段より疲れやすい、7:イライラする

避難所の生活環境調査票

調査日:平成 年 月 日

調査者:

避難所名	TEL		責任者()	
施設関係	避難者数	名 (定員	名) 昼間の避難者数	
	避難場所	屋内	体育館・講堂・集会所・教室会議室等・廊下ロビー・その他()	
		屋外	テント・シート・簡易建築物・車・その他()	
食品関係	飲食物	提供主食	弁当・ごはん・おにぎり・パン(回/ 日) おかゆの提供: 有・無	
		副食	魚・肉・卵・大豆製品(回/ 日) 野菜料理(回/ 日)	
		飲料	牛乳・ジュース類・お茶・その他()	
		保管場所	部屋・廊下・倉庫・テント・その他() 適・不適	
		配布方法	整理券・その他()	責任者氏名()
		炊き出し	有 [ごはん・みそ汁・ (回/ 日)(室内・屋外テント・)]・無	
		運営	自衛隊・自主・ボランティア・その他() 責任者氏名()	
		個人の特送食品	有 (インスタントラーメン・ホット飲料・惣菜・)・無	
		残品処理	適・不適	
	飲用水	上水道	復旧済み・未復旧(予定日)	
		保管容器	ペットボトル・ポリタンク・大型タンク(非常用水) 日付(有・無)	
		その他		
	居住環境	施設	暖房設備	有 [全館・個別(エアコン・電気ストーブ・コタツ・石油ストーブ・)]・無
換気			している・していない 禁煙(全館・一部・なし)	
清掃			している(自主・ボランティア・その他)・していない	
履き替え			している・生活場所まで土足	
寝具		下敷き	有 (段ボール・発砲スチロール・畳・マット・シート・)・無	
		乾燥	している[日光消毒(日毎)・その他]・していない	
洗濯機		有 (台)・無		
便所		既設	使用可能(ヶ所) 水洗(ヶ所) くみ取り(ヶ所)	
		簡易	有 [(個) 場所(校庭・公園・道路・その他)]・無	
		清掃	している(自主・ボランティア・その他)・していない	
手洗い		設備	有 [(便所・洗面所・)方法(流水式・ため水・)]・無	
		消毒液	有・無(残り本数)	
ペーパータオルの有無		有・無		
風呂		既設	近隣に 有()・無	
		簡易	有(利用者数 人/日)・無	
		シャワー	有(個)・無	
廃棄物		保管場所	専用場所 有()・無	
その他		生理用品	有・無	
		吐物処理物品	有・無	
ペット		飼養動物	犬(頭)・猫(匹)・その他()	
		管理状況	配慮している()・配慮していない	
	その他			
その他健康に関係すること				

被災者健康相談票

						NO	
				種別		対象者	
				・面接 ・TEL ・訪問		・その他 ・乳幼児 ・ねたきり ・妊産婦 ・難病 ・成老人 ・その他	
氏名	男・女	M. T. S. H				相談日	
		年	月	日生(歳)	避難所	
①現居所	市 町 村 (TEL -)			丁目	番 号	連絡先	
②現居所	市 町 村 (TEL -)			丁目	番 号	連絡先	
③現居所	市 町 村 (TEL -)			丁目	番 号	連絡先	
相談者	氏名	続柄 ()		市 町 村 丁目 番 号 (TEL -)			
既往症				現病歴治療状況	医療機関名 主治医		
					現在の服薬状況 (中断 ・ 継続) 薬品名()		
自覚症状	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛、頭重 ・不眠 ・倦怠感 ・吐き気 ・めまい ・動悸、息切れ ・肩凝り ・関節、腰痛 ・目の症状 ・咽頭の症状 		<ul style="list-style-type: none"> ・せき ・たん ・便の性状 ・体重減少 ・精神運動減退 ・空虚感 ・不満足 ・決断力低下 ・焦燥感 		<ul style="list-style-type: none"> ・ゆううつ ・朝方抑うつ ・精神運動興奮 ・希望喪失 ・悲哀感 ・口腔内症状 () ・ ・ ・ 		被災状況 全壊 半壊 なし ()
相談内容				指導内容			
食事状況 ・食欲 有 ・ 無 ・咀嚼・えん下の状況() ・食事制限や特別な配慮 有 ・ 無 (具体的) ・主な食事内容() ・水分摂取状況() ・食事で困っていること()				今後の支援計画 解決 継続			
担当者()							

健康相談者名簿(用途: 全員把握、乳幼児、高齢者、その他())

参考様式 4

- ・避難所等において、全体の健康調査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、慢性疾患患者など、特定の対象者を把握する場合にも使用する。

連番	市・町			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	対象(状態・疾患など)								家族・介護者の状況	以前、保健師等の関与ありに○	相談内容・問題点	援助内容	要継続は○	備考(居住区など)
				乳幼児	高齢者	妊産婦	単身者	心身障害	要介護	感染症	その他						
1			男・女														
2			男・女														
3			男・女														
4			男・女														
5			男・女														
6			男・女														
7			男・女														
8			男・女														
9			男・女														
10			男・女														
11			男・女														
12			男・女														
13			男・女														
14			男・女														
15			男・女														

継続支援者台帳

避難所・地区名

初回 面接日	問題と なる事	氏 名 生年月日(年齢)	住 所 T E L	本人の状況					今一緒 にいる 家族	問題点	今後の 対応	継続支援実施状況(実施日)		
				要医療	要指導	他機関 紹介	要福祉 サービス	その他				H 年 /	H 年 /	H 年 /
		・ ・ ()	TEL											
		・ ・ ()	TEL											
		・ ・ ()	TEL											
		・ ・ ()	TEL											
		・ ・ ()	TEL											

巡回相談等で把握した継続支援対象者のリストとして作成する

* 必要に応じ 避難所 → 情報集約先

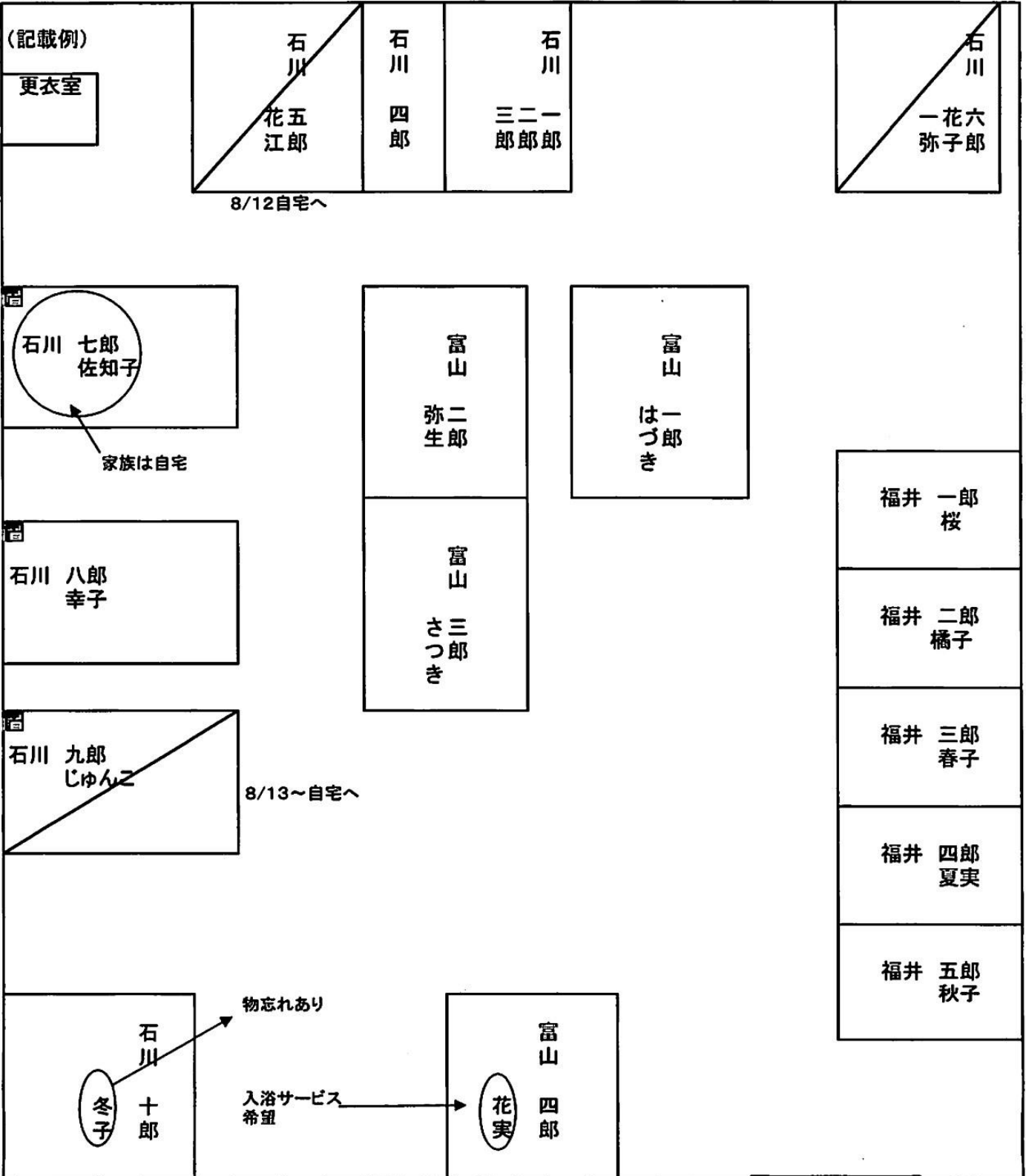
避難所マップ

平成 年 月 日現在

作成者氏名 _____

避難所名

8/9転出



被災世帯の健康調査(地区別>世帯主)

No.	住所	氏名	生年月日	現在の所在	家屋の状況	今後の予定	仮設の希望	問題点	健康状況				備考欄	入力確認
									主訴・現症	慢性疾患の有無	治療状況	フォロー		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		
				1自宅 2路上 3避難所 4仮設 5その他	1住める 2半壊 3全壊	1町内 2町外 3不明	1無 2有	1食事 2トイレ 3衣類 4暖房 5風呂 6ゴミ 7交通 8騒音 9健康 10ストレス 11運動 12その他	1かぜ症状 2頭痛 3腰・関節痛 4不眠 5精神的不安 6その他	1無 2有	1継続 2中断	1保健師 2医療 3精神的 4他		

仮設住宅入居世帯健康調査票

(種別)該当するものに○

妊婦・乳幼児・知障・身障・心・要介護者・疾病
 その他の高齢者・独居

調査年月日 平成 年 月 日

調査者名(所属)
 (氏名)

1 世帯の状況		仮設入居前の居所:			避難所:			
仮設住宅名	棟 号室	入居日	年 月 日	被災状況				
住所(登録)							TEL	
緊急連絡先(別居)	[氏名]	[続柄]	[住所]	[TEL]				
	氏名	性別	続柄	生年月日(年齢)	職業	健康状態	手帳	介護認定
家族構成・面接者に○印	A			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
	B			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
	C			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
	D			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
	E			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
	F			()			身体・療育・精神 (級)()(級)	有・変更必要 申請必要
経済状況	年金・給与・生保(担当CW)・その他						要フォロー	
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 要援護者(上記世帯調査において妊婦・乳幼児・知障・身障・心・要介護者・疾病・その他の高齢・独居については全て記入)

心身状況	受療状況	社会資源活用状況	対応の必要性	対応状況
(種別)妊婦・乳幼児・知障・身障・心 要介護者・疾病・その他の高齢・独居			要対応・対応不要 理由 1週間以内・1ヶ月以内・以降	
(種別)妊婦・乳幼児・知障・身障・心 要介護者・疾病・その他の高齢・独居			要対応・対応不要 理由 1週間以内・2ヶ月以内・以降	
(種別)妊婦・乳幼児・知障・身障・心 要介護者・疾病・その他の高齢・独居			要対応・対応不要 理由 1週間以内・3ヶ月以内・以降	
(種別)妊婦・乳幼児・知障・身障・心 要介護者・疾病・その他の高齢・独居			要対応・対応不要 理由 1週間以内・4ヶ月以内・以降	

※疾病(難病含む)
 ※乳幼児:就学前

※心(精神含む)
 ※その他の高齢者:65歳以上の高齢者

3 歯科の状況(以下の項目にあてはまる方がいれば記載)

- ①震災前と同じように歯みがきができない方がいる。 →該当者名()
 ②震災前に歯の治療をしていたが、中断している。 →該当者名()
 ③義歯がなくなって、食べる時や話をするとき不便である。 →該当者名()
 ④他に、歯、歯ぐき、口の中の状態で困っていることや気になること。

()

4 栄養の状況(家族全体の傾向で記載)

①主食(米・パン・めん類)	3食食べている・2食は食べている・1食は食べている・食べていない
②主菜(肉・魚・卵・大豆製品)	3食食べている・2食は食べている・2食は食べている・食べていない
③副菜(野菜・海藻)	3食食べている・2食は食べている・3食は食べている・食べていない
④牛乳・乳製品	1日1回摂っている・2~3日に1回は摂っている・食べていない
⑤果物	1日1回摂っている・2~3日に2回は摂っている・食べていない
⑥調理の頻度	毎日している・時々している・ほとんどしない(理由)
⑦食品調達の問題 (調達しにくいなど)	なし・あり ()
⑧調理設備の問題	なし・あり ()
⑨食事で困っていること	なし・あり ()

5 近隣・会社との関係

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(子[]・兄弟姉妹・嫁)・ボランティア・ヘルパー・その他・	
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	
買い物や受診等の移動手段	有()・無	

相談・要望等

()

仮設住宅入居世帯調査票 記載マニュアル

◎目的: 支援の必要な人をピックアップし、必要な支援に結び付ける。

新しいコミュニティづくりのキーパーソンとなる人材を見つけ出す。

戸別訪問の後には、集会所を利用した健康相談や健康教室、運動教室、総合相談会など住民が外に出て顔を合わせ、話し合ったりする場を作り、コミュニティ活動につなげる。

※「ごみカレンダー」「食中毒予防の6つのポイント」等を仮設生活に必要な情報を届ける。

※医療機関情報、市報を持参し、説明できるようにしておく。

※「不在」「入居していない」を地図に書き込む(後日確認)

1 世帯の状況

①住民票は、移動しないままでの入居になるので これまでの住所を確認

②家族構成は丁寧に聞き取る。

③身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳の有無

→障害福祉課へ情報提供(付箋をつける)

④介護認定を受けているか

・・・介護度の変更などが必要、新たに申請必要 → 介護保険担当課に情報提供(付箋をつける)

⑤「特定疾患」「小児慢性特定疾患」認定有の方 → 保健福祉センターに情報提供

2 要援護者

①左の欄に、個人をABCで記入

②当てはまるすべての種別に○、最優先に◎

③うつ病とPTSDのスクリーニングテスト(面接した個人ごとに記入)

2つの質問事項の回答の合計が3点以上の場合には陽性。 → 要支援者欄に記載

[全くない(0)、数日(1)、2週間の半分(2)、ほぼ毎日(3)]

→陽性の場合、心のケアチームに依頼

④対応の必要性 : 対応が必要 →どんな理由で、いつごろ(ex.1週間以内・1か月以内・以後)

⑤右上に、この世帯にどんな人がいるか わかりやすいように該当に○をつける。

裏面

3 歯科の状況: 家族全員について聞く。必要なものは歯科衛生士等に紹介

4 栄養の状況: 家族全体の傾向を聞く。必要なものは栄養士に紹介

家族は食べていても、家族内で例外的に「食べていない」などの人がいたら「だれか」を書く。

5 近隣・社会との関係: コミュニティづくりの核になる人を見つける。 →該当者は右に☆印

・交友関係(悩みを相談できる友人 無、近所付き合い 全くなし) →該当者は右に◎印

○相談・要望等は、回答の必要のある場合、訪問担当者または、引き継ぎ担当者が確認し回答

○事後処理

①種別及び対応は訪問者の判断通りでよいか確認(必要なときは変更)

②担当課に等に情報提供する分は、指定された担当に提出

③フォローの必要な世帯票(1週間以内)は、コピーし地区担当等に渡す。

④今後の健康管理として活用、また必要時、地域のニーズとして、とりまとめる。

地震後の健康訪問調査について

様

〇〇地震で被害を受けられた方々にお見舞いを申し上げます。

さて、〇〇市町村では、今回の地震で被災された皆様が一日も早く安心して暮らせるよう健康状態を確認するため、他自治体の保健師や各専門職種の協力を得ながら、家庭訪問を実施しています。

お身体の調査はいかがですか。

本日は、ご様子をお伺いしたく訪問いたしましたがお不在でした。

体調やストレスなど、心配なことやお困りごとがあれば、どんなことでも結構ですのでお気軽にご連絡ください。

平成 年 月 日 午前・午後 時

訪問者 所属

氏名

<問い合わせ先>

〇〇市町村〇〇課

住所：

電話：

家庭訪問不在時メモ

_____様

この度の災害では、なにかと不自由な生活をお過ごしのことと思います。

お身体の調子はいかがでしょうか。ご様子をお伺いするため訪問をしましたがご不在でした。

お身体や病気のことなどで心配やお困りのことがありましたら、保健師までご連絡ください。ご相談に応じます。

月 日

_____保健師

-----保健福祉センター（ 地域センター）-----

-----課

-----市町

-----課

-----電話：-----

〇〇避難所・〇〇地区の皆様へ「健康に関するおたずね用紙」

避難されている方は、下記の症状について、症状があるものに○を記入し、すぐに避難所スタッフへお知らせください。

記入日： 年 月 日

お名前： () 年齢： (歳)

- 1 熱（38度以上）がある、または熱っぽい
- 2 上気道炎症状（せき、鼻汁、咽頭痛など）がある
- 3 インフルエンザ様症状（全身がだるい、寒気、頭痛、関節痛・筋肉痛など）がある
- 4 咳があり、血がまざった痰がでる
- 5 からだにぶつぶつ（発疹）が出ている
- 6 からだにぶつぶつ（発疹）が出ていて、かゆみや痛みがある
- 7 唇や口の周りにぶつぶつ（発疹）が出ていて、痛みがある
- 8 首がかたい感じがしたり、痛かったりする
- 9 下痢便（水のような便、柔らかい便、形のない便、噴出すような便など）が出た
- 10 吐いた、または吐き気がする
- 11 おなかが痛く、便に血がまざっている
- 12 目が赤く、目やにが出ている
- 13 創などがあり、膿（うみ）がでたり、赤かったり、腫れていたたり、痛かったりする

※ 以下は初めて記入する方のみ回答ください。

- ① この3ヶ月間に入院したことがあり多剤耐性菌があるといわれた
- ② 感染症の治療を受けていた（抗菌薬を内服中）→
病名（ ）
- ③ 被災後に予防注射を受けた→
予防注射名（ ） 接種日（ ）

このおたずね用紙は、避難所内の皆様の健康管理や感染症を予防するために必要な大事な情報ですので、ご協力をお願いいたします。

