

樣式・資料編

様 式

様式 No.	名 称	使い方
様式 1	地域保健関連情報 (①②) (平常時作成)	平常時に、災害に関連する地域の情報をまとめる際の参考様式として使用する ①総括表、②-1 地区別情報一覧、②-2 地区別情報
様式 2	一時相談・健康調査連名簿	避難所・その他において一時相談を受ける際の記録(リスト) 必要に応じて [様式 3] の個別相談票を記載する
様式 3	個別相談票 (①②)	① 共通の相談様式 ② ①を基本に妊産婦、乳幼児に関する追加項目を記載する
様式 4	健康相談票経過用紙	[様式 2]、[様式 3] に加えて経過用紙として使用する
様式 5	困りごとについての質問票	避難所や地域で本人・家族が記入、または避難所の管理者等が聞き取ることを想定した質問票。保健活動班などが避難所を巡回した際に、緊急度の判断や対応のために使用する
様式 6	避難所日報 (①②)	全国保健師長会共通様式 様式の更新の有無を確認する→ http://www.nacphn.jp/ ①避難所情報、②避難所避難者の状況
様式 7	保健活動メモ (①~⑥)	情報収集しながら保健活動の方針を検討する様式として使用する ①②情報収集用 ③連絡・調整用 ④保健活動方針記入用 ⑤(初期に) 避難所状況(概要) 記入用 ⑥日程表(外部支援者の活動状況、通常事業再開に向けた計画等を記載)
様式 8	災害時保健師活動 携行品・必要物品 チェックリスト (①②)	発災後出勤時の携行品、活動拠点と訪問カバンの必要物品、その他に分けて記載している
様式 9	活動拠点の状況確認シート	初動期に活動拠点の被災状況を確認するための様式
様式 10	発災時保健師行動計画	平常時に必要に応じて準備：リーダー保健師等が保健師の参集状況をあらかじめ確認するための様式(被災地派遣の参考として派遣経験・研修受講状況についても記載)
様式 11	関係者ミーティング記録メモ	関係者ミーティングの際のメモとして使用

様式1-①

平常時の地域保健関連情報

※発災前に作成、毎年〇月に更新する

(医療機関一覧、自治体の防災マップとセットにする。)

市町村名				保健活動リーダー(担当者)					
保健活動拠点				住所					
電話			FAX			E-mail			
基本情報	人口 (昼間/夜間)			(/)	世帯数				
	65歳以上人口				65歳以上 人口割合(%)		都:		
	75歳以上人口				75歳以上 人口割合(%)		都:		
	65歳以上 単独世帯数				全世帯に占め る割合(%)		都:		
	出生数				出生率 (人口千対)		都:		
	死亡数				死亡率 (人口千対)		都:		
	外国人人口			主要国 国籍(人)	(例)中国(500)、フィリピン(200)				
医療機関 (一覧は別紙とし て添付)	災害拠点病院								
	災害拠点連携病院								
	医療機関数				クリニック数				
	(再)産科				(再)人工透析				
介護保険 認定状況 (月 日)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	その他		
	人	人	人	人	人	人			
介護度別 割合	%	%	%	%	%	100.0%			
障害認定数 (月 日)	身体1級	身体2級	愛の手帳1度 (療育)	愛の手帳2度 (療育)	精神手帳1級	精神手帳2級	視覚障害 (総数)	聴覚障害 (総数)	
社会福祉 施設数 (入所・生活施設 を中心に) (月 日)	高齢者		子ども		障がい者	その他特徴等			
	特養	老健	乳児院	児童養 護施設	障がい者支援施設				
保健活動に 関わる 市の特性等									
保健師等 専門職 配置状況 (除く産休・育休)	健康	高齢	障害	子供家庭		保健師合計	管理栄養士	歯科衛生士	その他
地域活動	<input type="checkbox"/> 地区分担制 <input type="checkbox"/> 業務分担制 <input type="checkbox"/> 併用								
地区組織	(自治会、愛育班、健康推進員、自主防災組織、等)								

様式1-②-2

地区別情報(地区名)

活動地区別にまとめる場合

地区名	該当地域	世帯数	人口 総数	人口			高齢 人口 割合	75歳 以上 (再)	乳幼児 0～5歳 (再)	避難所
				0～14歳	15～64歳	65歳以上				

1 地区対策本部(災害対策本部のランチなどがある場合)

名称	住所	連絡先	管理者・代表者

2 指定避難所

避難所名	住所	連絡先	収容能力(人数)	管理者・代表者

3 地区内の避難行動要支援者数

	75歳以上単身 高齢者のみ	要介護3	要介護4	要介護5	身障1級	身障2級	愛手帳 (療育) 1度	愛手帳 (療育) 2度	(精) 手帳1級	(精) 手帳2級
対象者数										

4 関係機関・関係者氏名

関係 機関	名称・氏名
包括支 援セン ター	
自治 会長	
民生児 童委員	

5 地区内の社会福祉施設(入所・生活施設を中心に)

施設名	種別	入所者数	備考(特徴等)

6 その他の要配慮者に関する情報

※避難行動要支援者名簿以外の対象者についても、庁内の保健師間で情報交換し記載しておく。

(例)個別支援計画対象者、難病患者・透析医療費助成対象者、各機関の相談事例(困難事例)、要保護児童対策協議会リストの対象、重度訪問介護利用者、酸素吸入装置等(日常生活用具制度)利用者等

様式3-①

個別相談票(共通)

初回・()回

保管先	方法 ・面接 ・訪問 ・電話 ・その他 ()	相談の対象者 乳児 幼児 } 必要時追加質問(裏へ) 妊婦 産婦 } 高齢者 障害者 その他()	担当者(自治体名) ()					
			相談日 年 月 日 時間 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 年 月 日	年齢 歳				
	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 相談者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	家族状況(同居者:本人含め 人) 独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯						
	被災前住所	連絡先		避難場所				
	①現住所	連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所(名称:)				
	②新住所	連絡先		<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> その他				
被災の状況	自宅の状況 <input type="checkbox"/> 全壊・半壊・床上浸水・床下浸水 <input type="checkbox"/> ライフライン不通 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 介護保険(要支援 要介護) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 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、 喘息、 薬・食物アレルギー、 その他・病名 ()	現在治療中の病気 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、 喘息、 薬・食物アレルギー、 その他・病名 ()	服薬・医療処置 《医療機関名》 被災前: 被災後: 《内服薬名等》 <input type="checkbox"/> ストック有(約 日分) <input type="checkbox"/> ストック無	栄養情報 食欲 有・無 食物アレルギー 無 有() 医師の食事の指示 無 タンパク制限・減塩 食形態の状況 常食 軟菜食・一口大 ペースト状・経管栄養	歯科保健 <input type="checkbox"/> 口腔清掃なし <input type="checkbox"/> 歯や口腔に痛み <input type="checkbox"/> 義歯使用 <input type="checkbox"/> 義歯に問題 (紛失・破損・不適合) <input type="checkbox"/> その他()			
	現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載) バイタルサイン BP / 、KT °C			具体的自覚症状(参考) ・発熱 ・消化器症状(腹痛・嘔吐・下痢・便秘) ・呼吸器症状(咳・痰・咽頭痛・呼吸困難) ・皮膚症状(発しん・掻痒感) ・その他(頭痛・不眠・めまい・不安・抑うつ)				
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							
	要介助・要配慮							
支援・配慮の内容								
相談内容					支援内容			
					今後の支援方針			
					(終了 ・ 継続)			

様式3-②

妊婦・産婦・乳児・幼児追加項目

*共通票と同じ項目も有。必要に応じて記載。

《記載》 年 月 日

氏名(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 乳児(生後 日・カ月) <input type="checkbox"/> 幼児(才)	家族構成(同居人 人)	
母子手帳の有無 手元に有・自宅に有・取得していない・不明			
妊産婦共通	現在の症状に○、状況を記載(バイタルサインは必要時) バイタルサイン BP / 、KT °C 《妊婦のみ》 <input type="checkbox"/> 出血() <input type="checkbox"/> 腹筋時の腹痛() <input type="checkbox"/> 腹緊 <input type="checkbox"/> 破水 <input type="checkbox"/> (22週以降)胎動の変化() 《共通》 <input type="checkbox"/> 浮腫(部位) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 眼華閃発(目の前がチカチカ) <input type="checkbox"/> 帯下の増加 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 悪露の急な増加 <input type="checkbox"/> 会陰切開部の痛み(発赤・腫脹・浸出液) <input type="checkbox"/> 帝切部の痛み (発赤・腫脹・浸出液) <input type="checkbox"/> 乳房トラブル(緊張・痛み・発赤・しこり・その他)	《こころ》 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 気が滅入る <input type="checkbox"/> やる気が起きない <input type="checkbox"/> 不安感が強い <input type="checkbox"/> 涙が出てくる <input type="checkbox"/> 子供について当たってしまうことが増えた <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 妊婦	出産予定日(現在の大よその妊娠週数) 年 月 日 (現在 週)	出産予定機関
	通院医療機関(主治医名) ()	妊娠・出産歴(今回含まない) 妊娠()回 出産()回	
	今回の妊娠歴、特記事項 切迫流・早産(週頃)・妊娠高血圧症候群 前置胎盤・その他()	*過去の妊娠・出産歴、特記事項 切迫流・早産(週頃)・妊娠高血圧症候群 前置胎盤・その他()	
<input type="checkbox"/> 産婦	出産日(出産週数) 年 月 日 (週)	出産病院	出産方法 経膈・帝切
	分娩時・分娩後の状況 出血(多量・輸血)・その他		
<input type="checkbox"/> 乳児・幼児	出生日(出生週数) 年 月 日 (週 日)	出生体重 g	主たる育児者
	出生時・その後の特筆事項		
	予防接種歴 <input type="checkbox"/> MR 1回目 <input type="checkbox"/> MR 2回目 <input type="checkbox"/> その他		
	栄養状況(含む離乳食の状況) <input type="checkbox"/> 母乳・ミルク・特殊ミルク() <input type="checkbox"/> 離乳食(1回 2回 3回 完了) <input type="checkbox"/> 普通食	アレルギーの有無 無・有() <input type="checkbox"/> 日ごろからエピペン準備(幼児以上)	
現在の症状に○、状況を記載(バイタルサインは必要時) バイタルサイン BP / 、KT °C <input type="checkbox"/> 哺乳力の低下 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢(泥状 水様便 回/日) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 湿疹(場所:) <input type="checkbox"/> おむつかぶれ	<input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 赤ちゃん返り <input type="checkbox"/> 無気力・無表情 <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> パニック <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他		
	相談内容		
支援内容		今後の支援方針	
(終了・継続)			

様式5

【困りごとについての質問票】

この質問票は、避難されている方に「**病気のこと、障がいのこと、介護のこと、妊娠・出産・お子様のこと**」などについて、困っていらっしゃることをお聞きするためのものです。可能な範囲でご記入下さい。
いただいた内容はこの度の災害に対する支援にのみ使用します。

個人情報につき取扱注意

避難所名

記入日 月 日

〔1)病気のこと、2)障がいのこと、3)介護のこと、4)妊娠・出産・子どものこと〕から、該当する欄にご記入下さい。

1)病気のこと	2)障害のこと
<input type="checkbox"/> 現在、気になる症状があり困っている (当てはまる症状に○をしてください) 熱っぽい・咳・吐き気・下痢 眠れない・ゆううつ その他() <input type="checkbox"/> 服薬や治療の必要がある 病名() ①人工透析(最終透析日 月 日) ②酸素吸入 ③インスリン注射(持参あり・なし) ④その他の治療や薬() <input type="checkbox"/> その他病気についての心配	<input type="checkbox"/> 障害があり、避難生活に困っている 《内容》 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ある(級)・ない (*「ある」は今現在手持ちでない場合を含みます) <input type="checkbox"/> 普段通ったり、利用している場所 ある()・ない <input type="checkbox"/> 日常的な服薬 ある(持参あり・なし)・なし
3)介護のこと	4)妊娠・出産・子どものこと
<input type="checkbox"/> 現在、介護のことで困っている <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> 食べること 寝ること トイレのこと 認知症のこと その他() </div> <input type="checkbox"/> 介護者がいますか(いる場合どなたですか) いる()・いない <input type="checkbox"/> 介護の認定を受けていますか はい・いいえ・わからない 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> その他の心配	<input type="checkbox"/> 現在、子どものことで困っている <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> 母乳・ミルク 食べること 寝ること トイレのこと 皮膚の症状 歯みがき 心のこと その他() </div> <input type="checkbox"/> 現在、妊娠・出産のことで困っている 妊娠()週 予定日 年 月 日 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> 体調のこと 健診のこと 心のこと その他() </div>

ご本人		ご家族や同行の方	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
生年月日	()才	生年月日	()才
住所		住所	
電話番号		電話番号	
緊急連絡先		緊急連絡先	

様式6-① 全国保健師長会様式

避難所情報 日報
(共通様式)

活動日	記載者(所属・職名)
年 月 日	

避難所活動の目的:

ピンクセルは活動初期に重点的に把握すべき事項

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

避難所の概況	避難所名	所在地(都道府県、市町村名)		避難者数 人(昼: 人 夜: 人)	
	電話	FAX		施設の広さ	
	スペース密度 過密・適度・余裕	1人当たり専有面積	m ² くらい	施設の概要図(屋内・外の施設、連絡系統などを 含む)	
組織 や 活動	交通機関(避難所と外との交通手段)				
	管理統括・代表者の情報				
	氏名(立場)				
	その他				
	連絡体制 / 指揮・命令系統				
	自主組織	有()・無			
	外部支援	有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種()			
	ボランティア	有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種()			
環境的側面	医療の提供状況				
	救護所	有・無 巡回診療 有・無			
	地域の医師との連携 有・無				
	現在の状況 (◎十分、○どちらかというと足りている、△どちらかというと不足、×皆)				
	ライフライン	電気	◎・○・△・×		
		ガス	◎・○・△・×		
		水道	◎・○・△・×		
		飲料水	◎・○・△・×		
		固定電話	◎・○・△・×		
		携帯電話	◎・○・△・×		
設備状況と衛生面	洗濯機	◎・○・△・×			
	冷蔵庫	◎・○・△・×			
	冷暖房	◎・○・△・×			
	照明	◎・○・△・×			
	調理設備	◎・○・△・×			
	トイレ	◎・○・△・×	(箇所)下水	無・有	
		清掃	◎・○・△・×	くみ取り	◎・○・△・×
		手洗い場	◎・○・△・×	手指消毒	◎・○・△・×
風呂	◎・○・△・×				
喫煙所	◎・○・△・×				
生活環境の衛生面	清掃状況	不良・普・良	床の清掃	無・有	
	ゴミ収集場所	無・有	履き替え	無・有	
	換気・温度・湿度等	空調管理	不適・適		
	粉塵	無・有	生活騒音	不適・適	
	寝具	◎・○・△・×	寝具乾燥対策	無・有	
	ペット対策	無・有	ペットの収容場所	無・有	
食事の供給	食事	◎・○・△・×			
	炊き出し	無・有	残品処理	不適・適	

様式7-①

保健活動メモ①(フェーズ3まで) (情報収集しながら方針を検討する様式)

年 月 日() (発災後 日・週・月) 地域[]

被害状況	死者	名	行方不明者	名	その他(住民の様子、家屋状況等) <input type="checkbox"/> 床上浸水(棟) <input type="checkbox"/> 床下浸水(棟)	
	重症者	名	軽傷者	名		
	全壊	棟	半壊	棟		
ライフライン・交通	電気		可・不可	《不可の地域や見通し・孤立地域・その他交通の状況等》		
	ガス		可・不可			
	水道		可・不可			
	飲料水の確保		可・不可			
	固定電話		可・不可			
	携帯電話		可・不可			
住民の生活・避難状況	避難所数		カ所	避難者数	人	
	二次(福祉)避難所数		カ所	避難者数	人	
	避難所毎の人数・運営体制・状況・不足品等(指定外の避難所含む)				備考 避難所以外の住民の状況 (テント、車中、在宅)	
	<input type="checkbox"/> 罹災証明発行 <input type="checkbox"/> 義援金配布 <input type="checkbox"/> 生活再建支援金 <input type="checkbox"/> みなし仮設・仮設申し込み					
医療状況・問題点	緊急医療救護所 避難所医療救護所					
	医療機関稼働状況 (地域・域外)					
	外部医療チーム 稼働状況 ()内:派遣元や規模等		<input type="checkbox"/> DMAT()、 <input type="checkbox"/> JMAT()、 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社() <input type="checkbox"/> DPAT()			

様式7-②

保健活動メモ②(フェーズ3まで) (情報収集しながら方針を検討する様式)

福祉施設・在宅ケア	稼働状況・問題点等	外部支援者
保健活動従事者	保健師()人	外部支援者
	栄養士()人	
	その他 歯科衛生士()人	
	必要な人材	
必要物品	不足医薬品・衛生用品・生活用品	調達方法等
通常業務の状況	通常業務(中止・再開等)	[事業再開] <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳交付 <input type="checkbox"/> 乳幼児健診 <input type="checkbox"/> その他
課題・対策	住民ニーズ・優先すべき課題	[必要な援助・対策] <input type="checkbox"/> 要配慮者安否健康確認 <input type="checkbox"/> 避難所での保健福祉活動 <input type="checkbox"/> 二次(福祉)避難所での保健福祉活動 <input type="checkbox"/> その他
その他		

様式7-④

保健活動④保健活動方針

《項目名： 》 年 月 日

目 標		
保 健 活 動 方 針		
実 施 状 況		【評価】 年 月 日

《項目名： 》 年 月 日

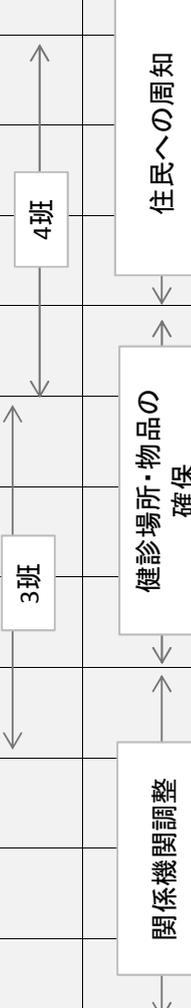
目 標		
保 健 活 動 方 針		
実 施 状 況		【評価】 年 月 日

保健活動方針・・・当面の方針、目標を達成するための方法・手段を記入

様式7-⑥

保健活動A-E⑥日程表(外部支援者の活動状況、通常事業再開に向けた計画等を記載)

項目	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	曜日																	
(例①:外部支援者の活動状況) ○県保健師(A:避難所担当)																		
(例②:通常事業再開に向けた計画) 乳幼児健診の再開 ※手順、期間については例示																		



様式9

活動拠点の状況確認シート

(記入者:)

(建物名:)

確認日時: 年 月 日 (時)

拠点場所についての総合評価

使用可能 部分的に使用可能 判断不能

《理由》

場所	立ち入りの可否	火災・漏電	部屋全体の傾き・ずれ	柱	内壁	天井	窓・扉	棚・器具・危険物
	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分的に可 () <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 火災・漏電 <input type="checkbox"/> 漏水・ガス漏れ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 傾きあり <input type="checkbox"/> ずれあり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 垂れ下がり <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ガラス破損 <input type="checkbox"/> 開閉不自由 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 棚・ラック転倒 <input type="checkbox"/> 落下物の危険 <input type="checkbox"/> 危険物散乱 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分的に可 () <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 火災・漏電 <input type="checkbox"/> 漏水・ガス漏れ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 傾きあり <input type="checkbox"/> ずれあり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 垂れ下がり <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ガラス破損 <input type="checkbox"/> 開閉不自由 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 棚・ラック転倒 <input type="checkbox"/> 落下物の危険 <input type="checkbox"/> 危険物散乱 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分的に可 () <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 火災・漏電 <input type="checkbox"/> 漏水・ガス漏れ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 傾きあり <input type="checkbox"/> ずれあり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 垂れ下がり <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ガラス破損 <input type="checkbox"/> 開閉不自由 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 棚・ラック転倒 <input type="checkbox"/> 落下物の危険 <input type="checkbox"/> 危険物散乱 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分的に可 () <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 火災・漏電 <input type="checkbox"/> 漏水・ガス漏れ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 傾きあり <input type="checkbox"/> ずれあり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 垂れ下がり <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ガラス破損 <input type="checkbox"/> 開閉不自由 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 棚・ラック転倒 <input type="checkbox"/> 落下物の危険 <input type="checkbox"/> 危険物散乱 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分的に可 () <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 火災・漏電 <input type="checkbox"/> 漏水・ガス漏れ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 傾きあり <input type="checkbox"/> ずれあり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 表面剥離 <input type="checkbox"/> 鉄筋露出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 垂れ下がり <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> ガラス破損 <input type="checkbox"/> 開閉不自由 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 棚・ラック転倒 <input type="checkbox"/> 落下物の危険 <input type="checkbox"/> 危険物散乱 <input type="checkbox"/> その他 ()

出典:南海トラフ地震発生時医療救護活動等初動マニュアル(高知県中央東福祉保健所)(一部改編)

ライフライン

電気	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
ガス	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
水道	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
飲料水	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
固定電話	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
携帯電話	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
FAX	不通 ・ 開通 ・ 予定 ()
パソコン	使用可 ・ 使用不可 ・ その他 ()

その他の状況

様式 10

発災時保健師行動計画 作成日 _____

1 個人情報

氏名		連絡先	[携帯電話] [その他]
自宅住所		避難先	
家族構成 (年齢)			

2 所属情報

所属			
所在地			
連絡先	[電話]	[FAX]	
出勤手段 (所要時間)	(分)		

3 勤務時間外、交通機関や道路の遮断等により勤務地に出勤できない場合の対応

出勤場所	(所在地)
出勤手段 (所要時間)	(分)

4 出勤時携帯品

	携帯品・服装	チェック		携帯品	チェック
1	衣類 防寒着 防寒具		4	3日間程度の食糧・水	
2	リュックサック		5	携帯電話	
3	運動靴		6	常備薬	

《参考》

○被災地での活動経験 無 ・ 有

時期・場所・内容〈

〉

○災害関連研修受講歴 無 ・ 有

時期・内容等 〈

〉

【様式11】関係者ミーティング記録メモ

年 月 日

様式11

避難所名 地区名等	担当者・報告者	避難者数 調査数 等	活動状況 (専門チーム等の巡回状況)	健康課題・対応策	不足する生活用品 ・衛生用品等	今後の対応・備考