

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(所屬・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)		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div>	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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 人	
うち医薬品がない者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 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)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> 人	
発熱	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (          人)		
咳・痰	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (          人)		
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (          人)		

## 対応内容・結果

対応内容・結果
課題/申し送り

(2020年版)

写真送信の場合は再度記載→

避難所コード

健康相談票		方法		対象者		担当者（自治体名）			
初回 ・ （ ） 回		・ 面接 ・ 訪問		乳児 幼児		相談日 年 月 日			
保管先		・ 電話		妊婦 産婦 高齢者		時間			
		・ その他		障害者 その他（		場所			
基本的な状況	氏名（フリガナ）		性別	生年月日			年齢		
			男・女	M・T・S・H 年 月 日			歳		
	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		現在治療中の病気		内服薬			
		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（ ）		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（ ）		なし ・ あり（中断 ・ 継続） 内服薬名（ ）			
				医療器材・器具		医療機関名			
				在宅酸素 ・ 人工透析 その他（ ）		被災前： 被災後：			
				食事制限		血圧測定値			
				なし あり 内容（ ） 水分（ ）		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				