

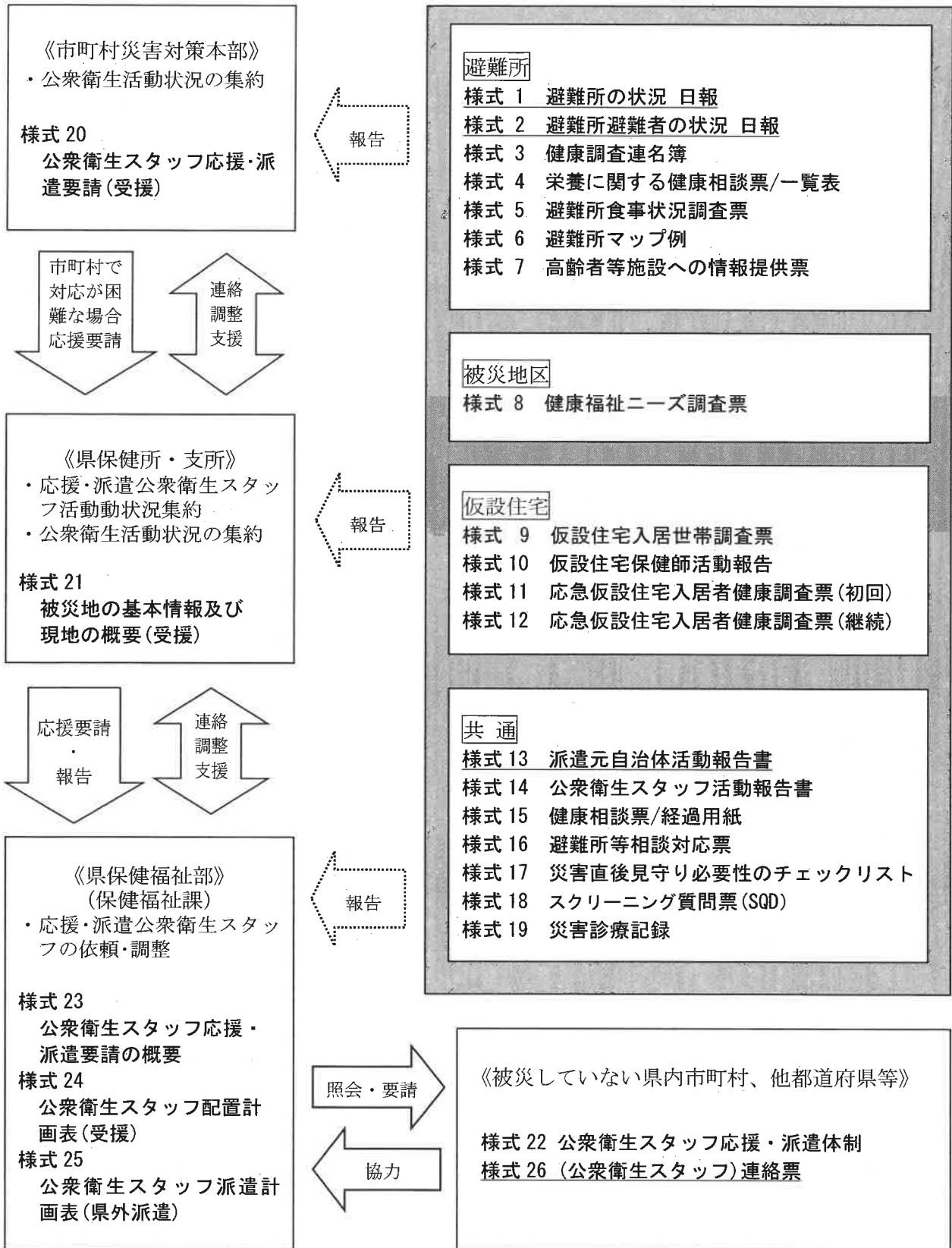
岡山県
災害時公衆衛生活動マニュアル
帳票集

令和3年3月
岡山県保健福祉部

災害時公衆衛生活動に関する帳票類

災害時公衆衛生活動に使用する各種帳票の流れ	1
様式 1 避難所の状況 日報	2
様式 2 避難所避難者の状況 日報	3
様式 3 健康調査連名簿	4
様式 4 栄養に関する健康相談票	5
様式 5 避難所食事状況調査票	6
様式 6 避難所マップ例	8
様式 7 高齢者等施設への情報提供票	9
様式 8 健康福祉ニーズ調査票	10
様式 9 仮設住宅入居世帯調査票	11
様式 10 仮設住宅保健師活動報告	12
様式 11 応急仮設住宅入居者健康調査票(初回)	13
様式 12 応急仮設住宅入居者健康調査票(継続)	14
様式 13 派遣元自治体活動報告書	15
様式 14 公衆衛生スタッフ活動報告書	16
様式 15 健康相談票/経過用紙	17
様式 16 避難所等相談対応票	19
様式 17 災害直後見守り必要性のチェックリスト	20
様式 18 スクリーニング質問票(SQD)	21
様式 19 災害診療記録	22
様式 20 公衆衛生スタッフ応援・派遣要請(受援)	26
様式 21 被災地の基本情報及び現地の概要(受援)	27
様式 22 公衆衛生スタッフ応援・派遣体制	30
様式 23 公衆衛生スタッフ応援・派遣要請の概要	31
様式 24 公衆衛生スタッフ配置計画表(受援)	32
様式 25 公衆衛生スタッフ派遣計画表(県外派遣)	33
様式 26 (公衆衛生スタッフ)連絡票	34

災害時公衆衛生活動に使用する各種帳票の流れ



注：使用する帳票類の追加や省略、流れ等、災害の規模等により臨機応変に対応する。
アンダーラインの様式は、厚労省必須様式。

避難所の状況 日報		避難所名	避難所コード							
------------------	--	------	--------	--	--	--	--	--	--	--

指定避難所以外の場合	所在地									
電話					FAX					

活動日	年	月	日	記載者(所属・職名・職種)						
-----	---	---	---	---------------	--	--	--	--	--	--

避難施設基本情報	施設定員 (指定避難所)	<input type="text"/>	人	避難者数 (施設内)	夜: 約	<input type="text"/>	人	昼: 約	人
	食事提供人数	約	<input type="text"/>	人	車中泊	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (約 人)			
	避難所運営組織	<input type="checkbox"/> 有 (組織: <input type="checkbox"/> 自治組織・ <input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 学校・ <input type="checkbox"/> その他 ()) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	外部支援・ボランティア	<input type="checkbox"/> 有 (種類(職種)・人数:) ・ <input type="checkbox"/> 無							
医療	救護所設置	<input type="checkbox"/> 有 (所属:) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	巡回診療	<input type="checkbox"/> 有 (所属:) ・ <input type="checkbox"/> 無							

現在の状況			特記事項(課題も含む)			
ライフライン	電気	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
	ガス	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
	水道	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
	下水道	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
	飲料水	<input type="checkbox"/> 充足・ <input type="checkbox"/> 不足	予定:			
	固定電話	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通	予定:			
設備状況と衛生面	スペース過密度	<input type="checkbox"/> 適度・ <input type="checkbox"/> 過密				
	プライバシーの確保	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適				
	更衣室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
	授乳室	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
	トイレ	<input type="checkbox"/> 充足 (基) ・ <input type="checkbox"/> 不足				
	トイレ衛生状態	<input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良				
	手洗い場	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	手指消毒	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
	トイレ照明	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	風呂・シャワー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
	冷暖房	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	洗濯機	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙・ <input type="checkbox"/> 分煙・ <input type="checkbox"/> その他					
生活環境	温度	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	換気・湿度	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適		
	土足禁止	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	清掃状況	<input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良		
	ゴミ収積場所	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
	粉塵	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	生活騒音	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適		
	寝具乾燥対策	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	ペット対策	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適		
食事提供	主食提供回数	<input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 無し				
	おかず提供回数	<input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 無し				
	特別食提供	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
	炊き出し	<input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 無	残品処理	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適		
	調理設備	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		

避難所コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

避難所避難者の状況 日報

避難所名		避難所コード							
------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

活動日	年	月	日	記載者(所属・職名・職種)	
-----	---	---	---	---------------	--

◆配慮を要する者◆

		人数	うち要継続支援人数			人数	うち要継続支援人数			人数	うち要継続支援人数
高齢者(65歳以上)		人	人	障害者		人	人	服薬者		人	人
	うち75歳以上	人	人		身体障害者	人	人		降圧薬	人	人
要介護認定者	人	人	知的障害者	人	人	糖尿病薬	人		人		
妊婦	人	人	精神障害者	人	人	向精神薬	人		人		
じよく婦	人	人	難病患者	人	人	他の治療薬	人		人		
乳児	人	人	在宅酸素療法・呼吸器療法	人	人	その他	人	人			
幼児・児童		人	人	透析(腹膜透析含む)	人	人	要継続支援合計 人数(実人数)	□□□□		人	
	うち障害児・医療的ケア児	人	人	アレルギー疾患	人	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	□無・□有 □□□□ 人	
うち医薬品がない者	□無・□有 () 人	

	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 □□□□ 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)	□無・□有 □□□□ 人	
発熱	□無・□有 () 人	
咳・痰	□無・□有 () 人	
下痢・嘔吐	□無・□有 () 人	

対応内容・結果	
---------	--

課題/申し送り	
---------	--

健康調査連名簿

・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	氏名	年齢	性別	対象(状態・疾患など)								把握年月日	年	月	日	担当者(所属)				
				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					以前、保健師等の関与有りに○	相談内容・問題点	要継続は○	援助内容	備考 (居住区など)
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																	

* 必要に応じて 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.	担当者名
種別	・面接 → 避難所名、または住所 () ・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	大正・昭和・平成・令和 ()年()月()日()歳
対象者属性	・乳幼児 ・妊婦 ・授乳婦 ・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 ・ 無) 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)

避難所食事状況調査票

調査日 ①	西暦 年 月 日 ()	記入者 ②	<input type="checkbox"/> 保健所 ₁ <input type="checkbox"/> 市町村 ₂ <input type="checkbox"/> 他自治体 ₃ <input type="checkbox"/> 栄養士会 ₄ <input type="checkbox"/> その他 ₅ :	
		氏名 _B		
避難所名 ③		避難所区分 ④	<input type="checkbox"/> 指定 ₁ <input type="checkbox"/> その他 ₂ :	
避難者数 ⑤	避難者 _A : 計()人 ? → <input type="checkbox"/> ~50人 ₁ <input type="checkbox"/> 51~100人 ₂ <input type="checkbox"/> 101~150人 ₃ <input type="checkbox"/> 151~500人 ₄ <input type="checkbox"/> 501人~ ₅ 在宅避難者等、食事だけ取りにける人の食数 _B : ()食			
対応してくれた方 ⑥	氏名 _A :	お立場 _B	<input type="checkbox"/> 避難所責任者 ₁ <input type="checkbox"/> 食事提供責任者 ₂ <input type="checkbox"/> その他 ₃ :	
食事提供回数 ⑦	<input type="checkbox"/> 0回 ₁ <input type="checkbox"/> 1回 ₂ <input type="checkbox"/> 2回 ₃ <input type="checkbox"/> 3回 ₄ /日		飲料水 ⑧ <input type="checkbox"/> なし ₁ <input type="checkbox"/> 不足(1人1日1.5L以下) ₂ <input type="checkbox"/> 十分 ₃	
避難所にいる 要配慮者に <input checked="" type="checkbox"/> 人数把握が 難しい場合は <input checked="" type="checkbox"/> のみでOK	<input type="checkbox"/> 乳児 _A	人	不足して いるもの に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳児用ミルク _a <input type="checkbox"/> 離乳食 _b <input type="checkbox"/> おむつ _c <input type="checkbox"/> その他 _d :
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー _B	人		<input type="checkbox"/> 7品目除去食 _a <input type="checkbox"/> 7品目以外の除去食 _b (原因食品:)
	<input type="checkbox"/> 高血圧 _C	人		<input type="checkbox"/> 減塩食 _a <input type="checkbox"/> 降圧剤 _b <input type="checkbox"/> その他 _c :
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 _D	人		<input type="checkbox"/> エネルギー調整食 _a <input type="checkbox"/> 内服薬 _b <input type="checkbox"/> インスリン _c <input type="checkbox"/> その他 _d :
	<input type="checkbox"/> 腎臓病 _E	人		<input type="checkbox"/> 低たんぱく食 _a <input type="checkbox"/> 低カリウム食 _b <input type="checkbox"/> 薬 _c <input type="checkbox"/> その他 _d :
	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下困難者 _F	人		<input type="checkbox"/> とろみ調整食品 _a <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 _b <input type="checkbox"/> その他 _c :
	<input type="checkbox"/> 妊婦・授乳婦 _G	人		
<input type="checkbox"/> その他 _H :				
⑨ <input type="checkbox"/> 要配慮者はいない ₁				
使える ライフライン ⑩	<input type="checkbox"/> 電気 _A	<input type="checkbox"/> 上水道 _D		
	<input type="checkbox"/> ガス(湯を沸かす) _B	<input type="checkbox"/> 下水道 _E		
	<input type="checkbox"/> 車による人や物のアクセス _C	<input type="checkbox"/> プールの水 _F		

避難所で提供している一般の食事について				左の食事への以下の団体・職種の関与(該当に <input checked="" type="checkbox"/>) _F	
区分	メニュー _B	量 _C	食事区分 _D (あったものに <input checked="" type="checkbox"/>)	食事提供方法 _E (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	
朝 ⑪ _A	<input type="checkbox"/> 足りている ₁ <input type="checkbox"/> 足りていない ₂ <input type="checkbox"/> 提供なし ₃ <input type="checkbox"/> 不明 ₄		<input type="checkbox"/> 主食(ご飯/パン/麺) _a <input type="checkbox"/> 主菜(肉/魚/卵/大豆) _b <input type="checkbox"/> 副菜(野菜/きのこ/芋/海藻) (野菜ジュース等含む) _c <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 _d <input type="checkbox"/> 果物 _e	<input type="checkbox"/> 炊き出し _a <input type="checkbox"/> 弁当 _b <input type="checkbox"/> 支援物資(調理不要) _c <input type="checkbox"/> 備蓄品(調理不要) _d <input type="checkbox"/> その他 _e :	<input type="checkbox"/> 自衛隊 _a <input type="checkbox"/> 栄養士 _b <input type="checkbox"/> その他 _c : <input type="checkbox"/> いずれも関与せず _d <input type="checkbox"/> 不明 _e
昼 ⑫ _A					
夜 ⑬ _A					
間食、菓子類 アルコール等 ⑭					

環境・衛生面	保冷設備(冷蔵庫) _A	<input type="checkbox"/> 有り ₁ <input type="checkbox"/> 有りだが使用不可 ₂ <input type="checkbox"/> 無し ₃	
	調理者の手洗い _B 現状に☑	<input type="checkbox"/> アルコール消毒 _a <input type="checkbox"/> 流水洗浄 _b <input type="checkbox"/> 不明 _c	
	喫食者の手洗い _C 現状に☑	<input type="checkbox"/> アルコール消毒 _a <input type="checkbox"/> 流水洗浄 _b <input type="checkbox"/> 不明 _c	
	トイレ _D 使用可に☑	<input type="checkbox"/> 元のトイレ _a <input type="checkbox"/> 仮設トイレ()基 _b <input type="checkbox"/> ポータブル()基 _c	
	土足禁止エリア _E に☑	<input type="checkbox"/> 調理スペース _a <input type="checkbox"/> 避難スペース _b <input type="checkbox"/> 不明 _c	
	使える炊き出し資源 _F に☑	<input type="checkbox"/> 調理器具 _a	<input type="checkbox"/> 人手 _d
		<input type="checkbox"/> スペース _b	<input type="checkbox"/> 食材 _e
<input type="checkbox"/> 熱源 _c (カセットコンロ・ガスボンベ等)		<input type="checkbox"/> その他 _f :	
⑮ 欲しい電気調理機器 _G に☑	<input type="checkbox"/> 電子レンジ _a <input type="checkbox"/> 電気ポット _b <input type="checkbox"/> その他 _c :		
被災者の 身体・口腔状況	身体・口腔状況に問題がある人 _A	<input type="checkbox"/> いる(下のリストへ) ₁ <input type="checkbox"/> いない ₂ <input type="checkbox"/> 不明 ₃	
	該当者 _B に☑	<input type="checkbox"/> 風邪、熱など体調不良 _a	<input type="checkbox"/> エコノミークラス症候群ハイリスク者 _f
		<input type="checkbox"/> 下痢、便秘、嘔吐など _b	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 _g (アトピー性皮膚炎等)
		<input type="checkbox"/> 感染症 _c (インフルエンザ・ノロウイルス・破傷風など)	<input type="checkbox"/> 口内炎 _h
		<input type="checkbox"/> ぜんそく _d	<input type="checkbox"/> 不眠 _i
		<input type="checkbox"/> 食欲不振 _e	<input type="checkbox"/> その他 _j :
⑯ その他身体・口腔状況(自由記述) _C			
気が付いたこと	利用可能な人材 _A (助産師、調理員、手話通訳者など)		
	⑰ その他 _B (宗教上のタブーがある人やその他問題点など)		
その他の 支援物資	不足しているもの _A		
	⑱ 余っているもの _B		

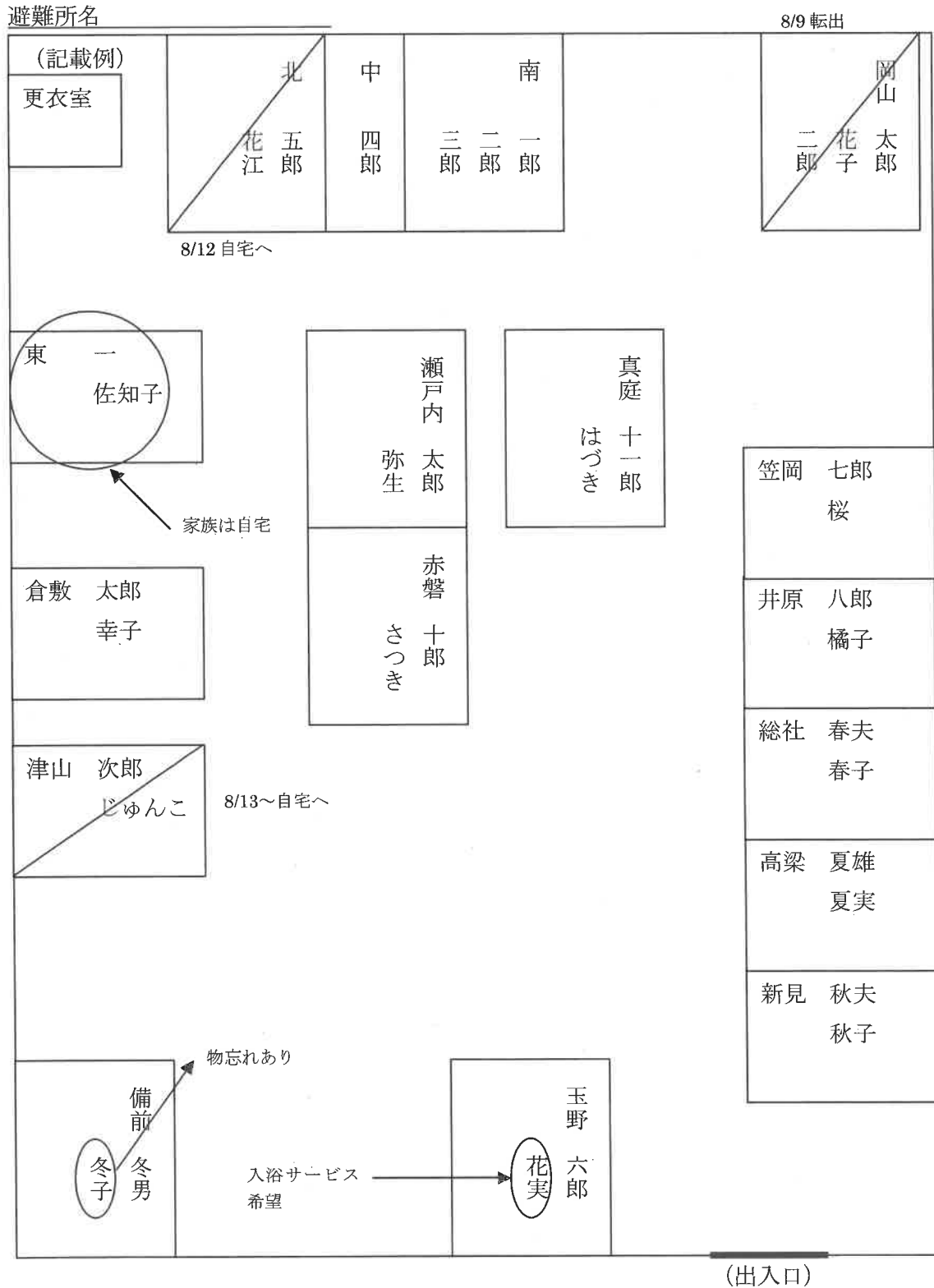
【チェックボックス(☐)の下付き文字】

アルファベットの小文字⇒複数回答可の選択肢、数字⇒択一式の選択肢

* 必要に応じて 避難所 ⇒ 情報集約先

避難所マップ (例)

年 月 日現在
作成者 _____



* 必要に応じて 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 <small>がな</small>	(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			

健康福祉ニーズ調査票 (年 月 日) 地区名 () No. () 被災地区 ⇒ 情報集約先

連番	住所	氏名	縮柄※世帯主は生年月日も記載	回答者◎	対象者	対象者(再掲)	病名	健康状態等		住宅状況	車中泊一泊以上	今の居場所		支援方針	支援の内容	備考
								病名	治療状況			自覚症状	日中			
					1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成人 4 高齢者 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 3 要支援 1 2 3 4 5 4 要介護 1 2 3 4 5 5 独居 6 高齢者世帯	1 あり 病名 2 なし	1 治療中 2 中断 3 その他	1 あり 具体的な	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未済	1 あり 2 なし	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 勤務先 5 その他	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 育児 4 栄養 5 口腔ケア 6 その他	
					1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成人 4 高齢者 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 3 要支援 1 2 3 4 5 4 要介護 1 2 3 4 5 5 独居 6 高齢者世帯	1 あり 病名 2 なし	1 治療中 2 中断 3 その他	1 あり 具体的な	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未済	1 あり 2 なし	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 勤務先 5 その他	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 育児 4 栄養 5 口腔ケア 6 その他	
					1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成人 4 高齢者 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 3 要支援 1 2 3 4 5 4 要介護 1 2 3 4 5 5 独居 6 高齢者世帯	1 あり 病名 2 なし	1 治療中 2 中断 3 その他	1 あり 具体的な	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未済	1 あり 2 なし	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 勤務先 5 その他	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 育児 4 栄養 5 口腔ケア 6 その他	
					1 乳幼児・児童 2 妊産婦 3 成人 4 高齢者 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 3 要支援 1 2 3 4 5 4 要介護 1 2 3 4 5 5 独居 6 高齢者世帯	1 あり 病名 2 なし	1 治療中 2 中断 3 その他	1 あり 具体的な	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未済	1 あり 2 なし	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 勤務先 5 その他	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 育児 4 栄養 5 口腔ケア 6 その他	

仮設住宅入居世帯調査票

調査年月日 年 月 日

調査者名 _____

1 世帯の状況

仮設住宅名		仮設住宅入居日			年 月 日	
TEL		FAX		被災状況	全壊(焼) ・半壊(焼)	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		TEL	
	氏 名	性別	続柄	生年月日	職業	健康状態(疾病、主訴)
家族構成・被調査者に○印	A					
	B					
	C					
	D					
	E					
	F					
経済状況	年金・給与・生保(福祉事務所・担当CW)					経済的に困っている・いない
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 近隣・社会との関係

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(娘・息子・兄弟姉妹・嫁)・ボランティア・ヘルパー・その他 無	
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	

3 要援護者(上記世帯調査において3歳未満、病弱者、65歳以上、独居者については全て記入)

英字	心身状況	受療状況等	社会資源活用状況

相談・要望等	総合所見 調査者の判断 A 要対応 B 対応不要
--------	-----------------------------

仮設住宅保健師活動報告

- ① 仮設住宅地の状況把握
- ② 現状を評価し、次の活動につなげる

記入年月日: 年 月 日

記入者:

仮設住宅地名称:	入居者情報			
管理者氏名:	入居戸数	世帯	人/全戸数	世帯
連絡先:	<input type="checkbox"/> 単身世帯 (世帯) <input type="checkbox"/> うち高齢者(世帯)			
●交流施設 なし・あり(箇所)	<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみの世帯 (世帯)			
●サロンの開催 (頻度 対象)	<input type="checkbox"/> 障害児・者のいる世帯 (世帯)			
●健康相談の開催 なし・あり()	<input type="checkbox"/> 要介護者のいる世帯 (世帯)			
●健康教育の開催 なし・あり()	<input type="checkbox"/> 妊産婦・乳幼児のいる世帯 (世帯)			
●支援 なし・あり()				
●医療提供 なし・あり()				

主な支援内容	
参加状況	
関係者・機関との 連絡	
次回への引継ぎ	

「」市 応急仮設住宅入居者健康調査票 (初回)

入居日 年 月 日 面接日 年 月 日 訪問者サイン

現住所

前住所

入居期間

家族状況: 母子 独居(若老) 高齢者のみ

面接	氏名	年齢	職業	受診状況	健康状態	自覚症状	睡眠	飲酒	食生活	はりあい	世代	状況	判断
				特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 再掲 咳・痰 (日前から)	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(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他) 筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	良い 地震前/後 寝つきが悪い 途中/早朝覚醒 熟睡感がない 眠剤・安定剤 地震前/後	飲まない 時々 毎日 朝 量 夜 サプリメント	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食 夜 サプリメント		乳幼 学童 成人 高齢	健康 寝たがり 精神 身体 知的 その他() 再掲 介護保険	要対応 ・ 対応不要
		男											
		女											
				特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 再掲 咳・痰 (日前から)	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(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他) 筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	良い 地震前/後 寝つきが悪い 途中/早朝覚醒 熟睡感がない 眠剤・安定剤 地震前/後	飲まない 時々 毎日 朝 量 夜 サプリメント	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食 夜 サプリメント		乳幼 学童 成人 高齢	健康 寝たがり 精神 身体 知的 その他() 再掲 介護保険	要対応 ・ 対応不要
		男											
		女											
				特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 再掲 咳・痰 (日前から)	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(ゆううつ・焦燥感・意欲の低下・興味の喪失・思考の抑制・他) 筋骨格系(肩こり・腰痛・他) その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	良い 地震前/後 寝つきが悪い 途中/早朝覚醒 熟睡感がない 眠剤・安定剤 地震前/後	飲まない 時々 毎日 朝 量 夜 サプリメント	三食 味噌汁 惣菜・インスタント 外食 夜 サプリメント		乳幼 学童 成人 高齢	健康 寝たがり 精神 身体 知的 その他() 再掲 介護保険	要対応 ・ 対応不要
		男											
		女											
犬	その他			緊急時連絡先:									
猫				再建の予定									
				1. 現在の自宅									
				2. 移転(場所を変えて自宅)									
				3. 公営住宅									
				4. 民間アパート									
				5. 未定									
				備考									
				再建困難要因									

「 J市 応急仮設住宅入居者健康調査票(継続) 電話

入居日 年 月 日 記入日 年 月 日 AM・PM・夜

家族状況：母子 独居(老・若) 高齢者のみ

現住所
前住所

面接	氏名	性別	続柄	職業	受診状況	健康状態	震災後の心身の変化	飲酒	交流	食生活等	身体状況	判断
	生年月日	MTSH			特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	飲まない 時々 毎日 朝 屋 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	MTSH			特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	飲まない 時々 毎日 朝 屋 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	MTSH			特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	飲まない 時々 毎日 朝 屋 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
	生年月日	MTSH			特になし 通院中 () 入院・入所 治療中断	健康 良くも悪くもない 体調が悪い 咳・痰 (日前から)	なし イライラ 眠りが浅い 考えがまとまらない 何もする気が起きない 涙もろくなった 心臓がどきどきする	飲まない 時々 毎日 朝 屋 夜 量	今までどおり 疎遠になった	欠食 買い物 調理 ゴミだし 他()	介護保険 精神障害 知的障害 身体障害 認知症 寝たきり	要対応・対応不要
犬 猫	生年月日	MTSH	他		緊急時連絡先： (TEL ー) (本人との関係)		今後必要な対応					

派遣元自治体 活動報告書（派遣元自治体から厚生労働省へ報告する様式）

活動日 年 月 日	派遣元自治体名(都道府県名)	派遣元自治体名(市区町村名)
--------------	----------------	----------------

派遣先(都道府県名)	派遣先(市区町村名)
活動場所(該当するもの一つに○)	
避難所	避難所名:
仮設住宅	地域名:
その他	

* 避難所毎、仮設住宅群毎に分けて報告して下さい。

派遣チーム人数	人	
うち職種別人数	保健師	人
	事務職	人
	その他	人

支援活動

○実施した内容毎に実績を計上する。

○各項目には、下の項目一覧から番号を選択し、該当番号を記入する。

活動種別	対象	内容

<項目一覧>

	活動種別(どんなことを)	対象もしくは内容
個別支援	1 訪問 2 健康相談 3 保健指導 4 他職種・他機関への紹介・調整 5 個別支援計画作成 6 ケア会議への出席 7 その他(活動内容を記載すること)	【対象】 1 成人 2 妊婦 3 産婦 4 乳児 5 幼児 6 高齢者 7 知的障害者・児 8 身体障害者・児 9 精神障害者・児 10 発達障害者・児 11 難病患者 12 その他(対象者を記載すること)
集団支援	8 集団への健康教育 9 健康サロンの実施 10 その他(活動内容を記載すること)	【内容】 1 感染症対策 2 母子保健 3 精神保健(心の健康) 4 生活不活発病予防 5 エコノミークラス症候群予防 6 生活習慣病予防 7 閉じこもり予防 8 熱中症予防 9 その他(内容を記載すること)
その他	11 データ入力 12 帳票整理 13 健康サロンの実施準備 14 その他(活動内容を記載すること)	

公衆衛生スタッフ(班) ⇒ 保健所(公衆衛生スタッフ受入れ担当)・保健福祉課

公衆衛生スタッフ活動報告書

年 月 日	月 日 () 天候() 第()班		
活動開始時間	時 分	活動終了時間	時 分
活動場所			
活動内容	(午前)		
	午後		
主な健康課題			
要フォロー者等			
その他 引継ぎ事項			

* 必要に応じて（避難所等） ⇒ （情報集約先）

健康相談票(共通様式) 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 障害者 その他()		担当者(自治体名)				
		保管先				相談日 年 月 日		時間		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 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									
身体的・精神的な状況	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()			
	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()		医療器材・器具 在宅酸素・人工透析 その他()	
食事制限 なし あり 内容() 水分()			食事制限				血圧測定値 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									
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				

* 必要に応じて 避難所等 ⇒ 情報集約先

避難所等相談対応票

相談場所 _____

____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					
10					

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がありますか。	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がありますか。	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

災害診療記録

項目は、 および必要記入項目です。

年 月 日

トリアージタグ&番号	*該当項目に○を付す 赤 黄 緑 黒 番号	トリアージタグ記載者・場所・機関
------------	--------------------------	------------------

メディカルID	*該当性別に○を付す M F									
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ	*氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載	男	保険者番号
氏名		女	記号・番号

生年月日 年齢	*年齢不詳の場合は推定年齢 M T S H 年 月 日 ()歳	[携帯]電話番号
------------	-------------------------------------	----------

住所	自宅	*該当項目に○を付す 健存 半壊 全壊
----	----	------------------------

住所	<input type="checkbox"/> 避難所1	<input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他
----	-------------------------------	--

住所	<input type="checkbox"/> 避難所2	<input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他
----	-------------------------------	--

職業	連絡先(家族・知人・その他)	連絡先なし
----	----------------	-------

【禁忌事項等】

アレルギー

禁忌食物

【特記事項(常用薬等)】

抗血小板薬 ()

抗凝固薬 ワーファリン ()

糖尿病治療薬 インスリン 経口薬

ステロイド ()

抗てんかん薬 ()

その他 ()

透析

在宅酸素療法(HOT)

災害時要配慮者(高齢者 障害者 乳幼児 妊婦 日本語が不自由)

その他 ()

【フォローアップ】 必要(次の該当項目に○を付す。身体的/精神的/社会的/その他)

傷病名	開始	診察場所	所属・医師サイン
	年 月 日		

は、および必要記入項目です。

年 月 日

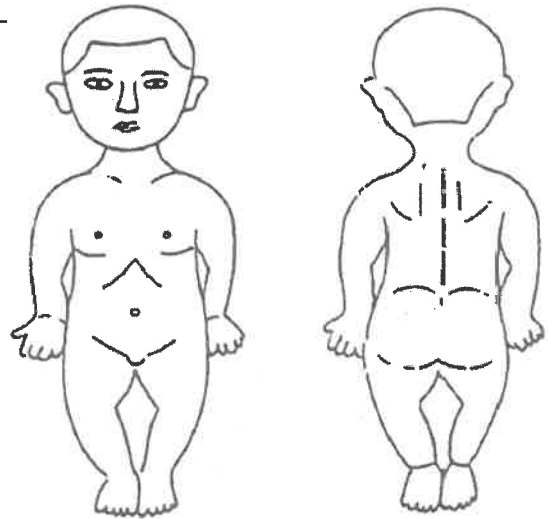
*該当性別に○を付す

メディカルID										M	F
バイタルサイン等	意識障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	呼吸数: /min	脈拍: /min	*該当項目に○を付す 整 不整		血压: / mmHg	体温: °C				
身長: cm、体重: kg	既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()										
予防接種歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他()						妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

主訴

外傷⇒黄色タグ以上は外傷カルテへ(J-SPEEDは記入)

- 痛み (頭痛 胸部痛 腹痛 その他: _____)
- 熱発 _____ 日
- 咽頭痛 咳 呼吸苦
- 食思不振 下痢 _____ 日 (水様便、血便)
- 不眠 めまい
- 皮膚症状 眼の症状 耳の症状
- その他



診断	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし	処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
#1	<input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 *その場の処置としての <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> その他	#1

初診時J-SPEED

<input type="checkbox"/> 1 男性	<input type="checkbox"/> 7 熱傷(皮膚/気道)	<input type="checkbox"/> 13 呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> 19 気管支喘息発作	<input type="checkbox"/> 25 治療中断
<input type="checkbox"/> 2 女性	<input type="checkbox"/> 8 溺水	<input type="checkbox"/> 14 消化器感染症	<input type="checkbox"/> 20 災害ストレス諸症状	<input type="checkbox"/> 26 災害関連性なし
<input type="checkbox"/> 3 歩行不能(被災後~)	<input type="checkbox"/> 9 クラッシュ症候群	<input type="checkbox"/> 15 麻疹疑い	<input type="checkbox"/> 21 緊急心理ケア	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 4 搬送必要	<input type="checkbox"/> 10 人工透析必要	<input type="checkbox"/> 16 破傷風疑い	<input type="checkbox"/> 22 緊急介護/看護	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 5 創傷(臓器)損傷	<input type="checkbox"/> 11 深部静脈血栓症疑	<input type="checkbox"/> 17 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 23 緊急水・食料	<input type="checkbox"/> 29
<input type="checkbox"/> 6 骨折	<input type="checkbox"/> 12 発熱	<input type="checkbox"/> 18 血圧>160/100	<input type="checkbox"/> 24 緊急栄養	<input type="checkbox"/> 30

【記載者】 (医師 看護師 薬剤師 その他)

所属

氏名

は、 および必要記入項目です。

* 該当性別に○を付す

メディカルID									M						
									F						

日時	所 見	前頁のJ-SPEED#3~#26の該当コードを記載	処置・処方	・診療場所 ・所属 ・医師等サイン

は、 および必要記入項目です。

* 該当性別に○を付

メディカルID									M						
									F						

日時	所見	2頁のJ-SPEED#3~#26の該当コードを記載	処置・処方	診療場所 所属 医師等サイン

【転帰】 年 月 日

- 1帰宅
- 2転送(手段: 搬送機関:)
搬送先: 年 月 日
- 3紹介先
- 4死亡(場所: 時刻: 確認者:)

【災害と傷病との関連】

- 1有 (新規 / 悪化 / 慢性疾患増悪)
- 2無
- 3わからない

最終診療記録管理者 _____

市町村災害対策本部⇒(保健所経由)⇒保健福祉課

岡山県保健福祉課 行

※は必須

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

公衆衛生スタッフ応援・派遣要請

事項	概要
派遣要請期間※	年 月 日() ~ 年 月 日()
派遣要請人数 及びチーム体制 ※	<ul style="list-style-type: none"> ・派遣保健師数 ()人 2名以上の体制をお願いします。 ・その他の職種 職名() 人数()人 ・派遣チーム数 ()チーム 予定 ・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)希望 <input type="checkbox"/> 夜間の活動希望 <input type="checkbox"/> 長時間の勤務希望 <input type="checkbox"/> 日中活動が中心 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

被災地の基本情報及び現地の概要

※平常時作成、災害時に付記して情報提供

作成 年 月 日 時点

市町村名等			住所			
総括部署		電話		FAX		
担当者名		E-mail				
地域概況(管内) 人口動態 地理・地勢・気候 交通機関 主な産業 その他	総人口 高齢化率 出生率	人 男性 % 世帯数 (人口千対)	人 女性 世帯	人	地図貼付	
保健師所属部署名	(総括部署)					
職員数 (稼働率)	()	()	()	()	()	()
管内市町名						
人口						
世帯数						
高齢化率(%)						
出生率						
職員数						
被 死者数 人						
害 避難者数人						
避難所設置数(予定)						
救護所設置数(予定)						
DHEAT 応援派遣拠 点に○						

【応援派遣拠点地域の状況】

※ライフライン（各ライフラインが通じている場合は○、不通は×、状況欄に情報を付記）

事前情報+現地でロジスティクスがチェック

	状況	状況欄
電気		
ガス		
水道		
交通 電車・バス・車		
固定電話、携帯電話等通信		

【市町村ごとに作成 ○○県○○市（町、村）】

※ライフライン（各ライフラインが通じている場合は○、不通は×、状況欄に情報を付記）

事前情報+現地でロジスティクスがチェック

	状況	状況欄
電気		
ガス		
水道		
交通 電車・バス・車 道路状況		
固定電話、携帯電話等通信		

基本施設

	状況	状況欄
1 食糧製造施設	有 無	
稼働施設数	箇所	
主な稼働施設内容	種類・製造量（食分/日）等を記載	
2 特定給食施設	有 無	
主な施設		
稼働施設数	箇所	
3 水施設の稼働状況		
4 清掃工場の稼働状況		
5 廃棄物の収集状況		

※有無はどちらかに○、3・4・5は稼働は○、稼働していない場合は×、一部稼働は△として状況欄に記入

稼働医療機関（搬送可能な近隣施設を含む）

医療機関名	診療科	所在地	連絡先	担当者名	備考

稼働施設、入所施設（搬送可能な近隣施設を含む）

事前情報+現地でロジスティクスがチェック

施設名	支援対象	所在地	連絡先	担当者名	備考

《市内および〇〇市町村管内関係機関連絡先》

〇〇県庁 所在地

〇〇県庁		電話番号	FAX	メール
〇〇課	総務部門			
〇〇課	医療部門			
	生活衛生			
	食品衛生			
	健康づくり			
	他			

関係機関	所在地	電話番号	FAX・メール
〇〇病院			
〇〇市医師会			
〇〇市歯科医師会			
〇〇市薬剤師会			
〇〇県看護協会			
その他			

《管内地図・ハザードマップ》

《危機管理に関する指揮命令系統図・保健医療調整本部組織図》

《情報収集に関する各種帳票一覧》

《避難所、避難者情報》

被災地以外の県内市町村等⇒保健福祉課

岡山県保健福祉課 行

※は必須

市 町 村 名 ※	
所 属 ・ 職 ※	
氏 名 ※	
電 話 番 号 ※	
F A X 番 号 ※	
送 付 日 時 ※	年 月 日 時 分

公衆衛生スタッフ応援・派遣体制

事 項	概 要
派遣要請期間※	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
派遣要請人数 及びチーム体制 ※	<ul style="list-style-type: none"> ・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 () 人数 () 人 ・派遣チーム数 () チーム 予定 ・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)希望 <input type="checkbox"/> 夜間の活動希望 <input type="checkbox"/> 長時間の勤務希望 <input type="checkbox"/> 日中活動が中心 <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	

- ・ 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。
- ・ 応援・派遣に際しての宿泊・携行品の用意等は、各自治体でお願いします。

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: 年 月 日() 終了予定日: 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(移動時間日等を含まない)
活動場所・住所	・県庁・県保健所・市町村・その他
集合日時・場所・担当者等	日 時: 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 約 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	岡山県保健福祉部保健福祉課 担当者() 〒700-8570 岡山市北区内山下 2-4-6 TEL 086-226-7316 FAX 086-234-2456

※ 派遣自治体と協議のうえ作成する。

公衆衛生スタッフ派遣計画表（県外派遣）

班	派遣内訳 (職種・人数等)	/							/											
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日					
1班		移動	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	移動	移動	移動													
2班			〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	移動	移動	移動													
3班					〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	移動													
4班							移動													
5班																				
6班																				

※メールでの送信

送信先 (派遣先自治体)	様
発信元 (派遣元自治体)	
記載日	

災害に係る保健師等応援派遣について

連絡票

※ 派遣に伴う確認事項ですので、派遣先となる自治体あてに必ず送信をお願いします。

1 派遣先までの交通手段について

自動車 ・ その他 ()

※公用車の場合

公用車を終日現地での活動に使用することの可否	可 ・ 不可
------------------------	--------

2 派遣先への到着予定日時および活動予定日

到着予定日時	月 日 ()	到着予定
活動開始日	月 日 () ~	活動予定
活動終了日	月 日 ()	
引き継ぎ日	月 日 ()	

3 派遣保健師等の氏名(全員分)

	氏名	職種	所属	連絡先(携帯電話/メールアドレス)
派遣チーム 責任者				電話: メール:
派遣チーム 副責任者				電話: メール:
派遣者				/

※派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください。