

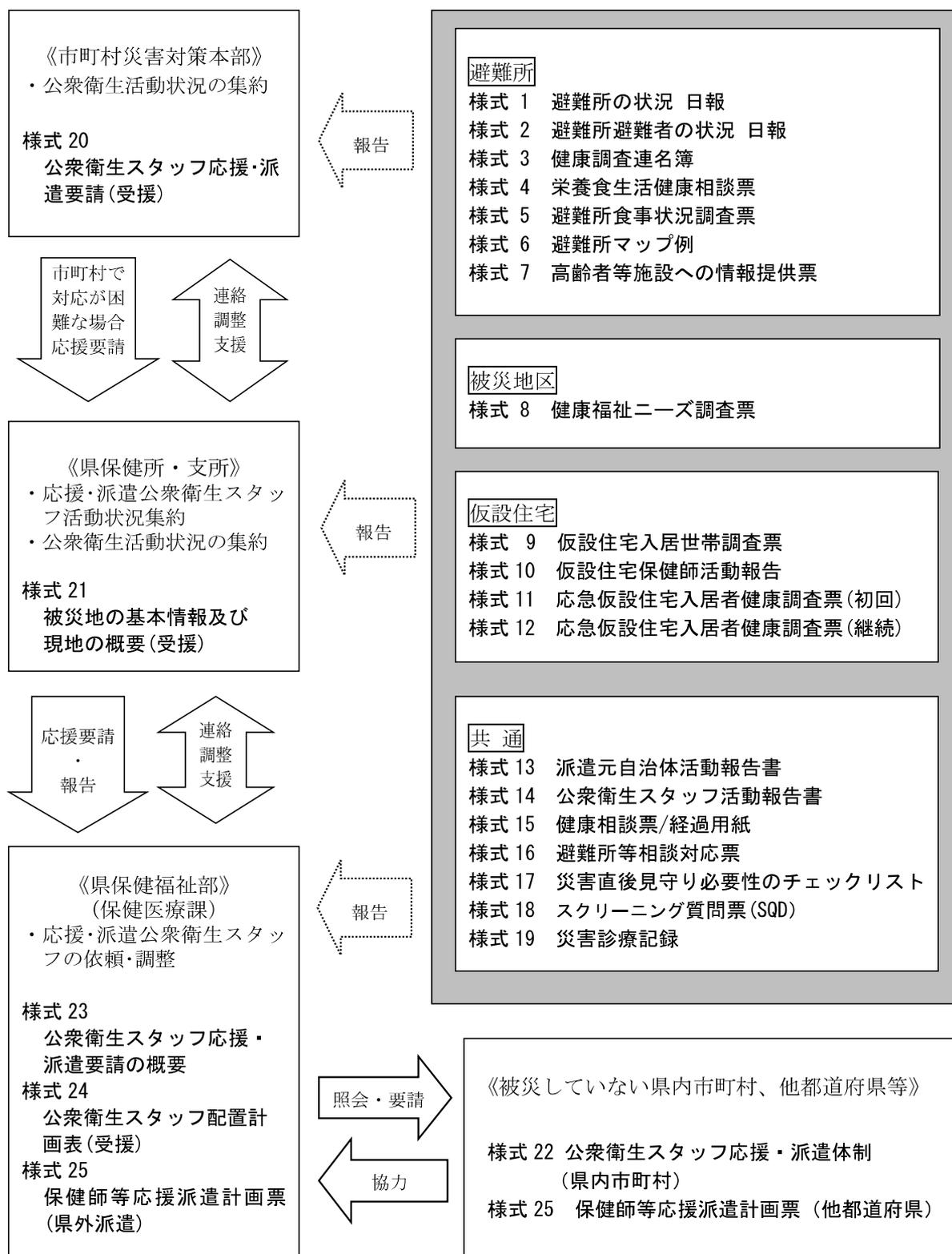
岡山県
災害時公衆衛生活動マニュアル
帳票集

令和7年2月
岡山県保健医療部

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 避難所日報（避難所状況）	2
様式 2 避難所日報（避難者状況）	3
様式 3 健康調査連名簿	8
様式 4 栄養・食生活相談票	9
様式 5 避難所食事状況調査票	10
様式 6 避難所マップ（例）	12
様式 7 高齢者等施設への情報提供票	13
様式 8 健康福祉ニーズ調査票	14
様式 9 仮設住宅入居世帯調査票	15
様式 10 仮設住宅保健師活動報告	16
様式 11 応急仮設住宅入居者健康調査票（初回）	17
様式 12 応急仮設住宅入居者健康調査票（継続）	18
様式 13 派遣元自治体活動報告書	19
様式 14 公衆衛生スタッフ活動報告書	21
様式 15 健康相談票/経過用紙	22
様式 16 避難所等相談対応票	24
様式 17 災害直後見守り必要性のチェックリスト	25
様式 18 スクリーニング質問票（SQD）	26
様式 19 災害診療記録	27
様式 20 公衆衛生スタッフ応援・派遣要請（受援）	31
様式 21 被災地の基本情報及び現地の概要	32
様式 22 公衆衛生スタッフ応援・派遣体制	35
様式 23 公衆衛生スタッフ応援・派遣要請の概要	36
様式 24 公衆衛生スタッフ配置計画表（受援）	37
様式 25 保健師等応援派遣計画票（県外派遣）	38

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。

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)	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 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 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 人					
うち医薬品がない者	□無・□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"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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)	□無・□有 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 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											
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2020年版)

写真送信の場合は再度記載→

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

避難所日報 記載要領（2020年版）

【避難所日報の目的】

被災自治体または支援の保健師等の保健医療福祉活動チームが、公衆衛生的立場から、①その避難所で必要な支援、②翌日以降のチームの活動方針・内容、③広域的な被災地対応、④今後予測される課題の検討等に活用する。

〈避難所活動の目的〉

避難生活によって引き起こされる健康被害を予防し、健康レベルの低下した者を早期に発見して治療や各種サービスに結び付けるとともに、健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動をとることができるよう援助する。

【記入するにあたっての留意点】

- 全ての項目を確実に聞き取って記載する必要はないが、自治体の指示を確認の上、前日までの情報等を参照し、太枠内を優先しながら、各項目の情報収集を行う。
- 避難所の設置・運営主体、規模、被災後早期の混乱期などの要因により、避難所の情報の入手方法は一律ではないこと、避難者及び避難所運営担当者へ過度の負担をかけることを留意し、既存情報を活用するなど以下の例を参考に多様な方法により情報収集を行う。
 - 例. ①前日までの避難所日報の記録内容
 - ②災害対策本部等の情報など入手可能な既存の各種情報
 - ③前任の支援者（チーム）、ミーティングなどの申し送り事項
 - ④避難所運営組織などにおいて把握済みの情報記録
 - ⑤避難所の常駐保健医療支援者（チーム）等からの情報 など
- 既存の情報の転記に終始せず、避難者の生活の様子、衛生・設備環境なども含め、積極的に観察を行い、気になる方へは声をかけ、新たな課題が生じていないか確認する。
- 「要継続支援者」、「対応すべきニーズがある者」については、迅速に確認及び必要な支援を行う。
- 各項目に記載する際には、以下の留意事項を参考にする。なお、特記すべき内容については、右欄特記事項に記載し、欄外には記載しないよう留意する。
- 記載内容は他地域の関係者とも共有するため、被災者の氏名等はこの日報に記載しないこととする。個別支援を要するなどの理由により、個人情報の詳細に記載・報告する必要がある場合は、「健康相談票」など自治体が指定する個人用記録様式に記載する。特記事項欄には、「その他」の内容、ニーズの種類、関係機関と調整して対応することが必要な事項、避難所の集団として検討すべき事項を中心に記載する。

【日報の報告】

- 内容は避難所管理者や支援者とも共有し、課題や申し送り事項は確実に引継ぎを行う。
- 報告は、概ね毎日の活動終了後とする。必要に応じ、被災自治体の指示により、決められた時間に、口頭・Web・Fax・手渡しなどの方法で担当者に報告する。

記入する際には、以下を参考にする。

避難所日報（避難所状況）

項 目		留意事項
避難施設基本情報	避難所コード	<ul style="list-style-type: none"> 市町村担当者等からの情報に基づき記載する。 避難所日報を写真に撮影して送信する場合には、下の記入欄にも同じ番号を記載する。
	食事提供人数	<ul style="list-style-type: none"> 避難所以外の居所から避難所での食事提供を受けるのみの者への提供数も含めて記載する。また、朝・昼・夕のいずれかで最も多い数を記載する。
	車中泊	<ul style="list-style-type: none"> 避難所敷地内及び周辺で車中泊を行っている避難者の有無と、「有」の場合は人数の概数を記載する。人数が把握できない場合は、「〇〇台」として車の台数を記載する。
	外部支援・ボランティア	<ul style="list-style-type: none"> 避難所に入っている支援チーム等の有無と、「有」の場合は、種類（職種等）、人数等を記載する。
設備状況と衛生面	スペース過密度	<ul style="list-style-type: none"> 昼間でも夜間でも、手足を伸ばして寝るスペースがあり、人が歩く通路（新聞紙見開き横の長さくらい）が確保されている場合は、「適度」と判断する。
	プライバシーの確保	<ul style="list-style-type: none"> 居室の間仕切り用パーティションや男女別トイレ、洗濯干し場等、プライバシーが確保されている環境であれば「適」とし、「不適」の場合は優先的な課題を特記事項に記載する。
	トイレ	<ul style="list-style-type: none"> 要配慮者が使用できるトイレがない場合は、その旨特記事項に記載する。
食事提供	特別食提供	<ul style="list-style-type: none"> 避難所で提供される一般食ではなく、離乳食、アレルギー対応食、腎臓病食、糖尿病食等配慮が必要な食事の提供の有無を記載する。課題があれば特記事項に記載する。

避難所日報（避難者状況）

◆配慮を要する者◆

○「人数」:

・ニーズの有無に関わらず、避難者カードに記載がある等、避難所運営担当者等が把握している人数を参考に、各項目の状態に当てはまる避難者数を記載する。複数の項目に重複して計上してよい。

○「うち要継続支援人数」:

- ・翌日の巡回チーム等が個別に状況確認・支援する必要がある避難者の人数を記載する。
- ・複数の該当する項目がある場合は、最も支援ニーズのある項目に入れる。（例えば、降圧薬を服用している高齢者で血圧管理の必要な者は、「服薬者（うち降圧薬）」に記載）
- ・「◆対応すべきニーズがある者◆」の「有」人数も含む。

項目	留意事項
じょく婦	・分娩終了後母体が正常に回復するまでの期間（おおよそ6週間）における婦人
乳児	・1歳未満の児
医療的ケア児	・たんの吸引や経管栄養など医療的ケアを必要とする児
アレルギー疾患	・喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎等を有する者
服薬者	・内服薬の他、外用薬、注射薬などの医薬品 ・「その他の治療薬」は、HIV、喘息、アレルギー性疾患等の治療薬
その他	・上記項目に含まれない者
要継続支援合計人数 （実人数）	・該当者がいない場合は「0」、確認できなかった場合は「-」と記載する。避難所状況の施設定員、避難者数、食事提供人数も同様である。
特記事項	・「その他」の具体的内容を記載する。

◆対応すべきニーズのある者◆

- ・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のある避難者数を記載する。
- ・引き継いだ際には、優先的に確認、対応することとする。

項目	留意事項
医療ニーズのある者	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅酸素療法・呼吸器療法、透析（腹膜透析含む）、小児疾患、精神疾患、周産期、歯科疾患、アレルギー疾患、外傷等、医療機関でのフォローができていなく速やかに医療につなぐ必要がある者 ・ニーズの種類等を特記事項に記載 ・適切な医療を受けている、又は受けられる状況にある者、状態が安定している者は含まない
保健福祉ニーズのある者	<ul style="list-style-type: none"> ・保健福祉等のニーズがあり、福祉避難所への移動、専門職支援チーム等に速やかにつなぐ必要がある者
その他	<ul style="list-style-type: none"> 下記の例示やその他の何らか支援が必要な者 ・小部屋等の避難スペースの確保が必要な者 <ul style="list-style-type: none"> *アトピー性皮膚炎、呼吸器疾患がある人等、持病等疾患を悪化させないために必要な者等（認知症や、発達障害は、高齢者、障害者・児に計上して特記事項に記載） ・特別な食事が必要な者 <ul style="list-style-type: none"> *食物アレルギー食、低たんぱく食、経腸栄養剤が必要な者、咀嚼嚥下困難な者等 ・退所にあって福祉的支援が必要な者 <ul style="list-style-type: none"> *生活困窮者やDV等で自宅に戻れない者等 ・具体的内容は特記事項に記載する。
こころのケアが必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・悲哀、悲嘆が強く、不眠、引きこもりや過剰行動が見られるなど、専門的な支援が必要と思われる者

◆感染症・食中毒等症状がある者◆

- ・避難所等の集団生活で発生しうる主な感染症（インフルエンザ、感染性胃腸炎、急性呼吸器感染症、結核等）症状を有する者の人数を記載する。発疹やその他の特異的な症状がみられる場合には特記事項に記載する。

◆対応内容◆

- ・避難所における必要な支援や対策を検討するため、1枚目及び2枚目について総合的評価として記載する。

項目	留意事項
対応内容・結果	・アセスメントに基づき対応した事項について、具体的事項を記載する。
課題/申し送り	・対応できなかった課題や原因等について記載し、次の支援へつなぐ。 ・現在ニーズはないものの、今後近いうちに出現すると予測されるニーズも記載する。

健康調査連名簿

避難所 ⇒ 情報集約先

- ・ 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。

()市・町・村		場所(避難所・仮設住宅名)										把握年月日 年 月 日			担当者(所属)		
連番	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)
				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														

栄養・食生活相談票

相談日： 年 月 日 (曜日)

避難所等名 ()

ふりがな 氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令	元の 住所	被災前の居住地
既往 歴		治療 状態	医療機関名 主治医 現在の服薬状況 (中断 ・ 継続) 薬品名		
生活 習慣	<input type="checkbox"/> 全日避難所生活 <input type="checkbox"/> 昼間は仕事 被災場所片づけ <input type="checkbox"/>	身体 状況	*無理な聞取りはしない 身長 _____ c m 体重 _____ k g	普 段 の 血 圧	*無理な聞取りはしない 収縮時 _____ mmHg 拡張時 _____ mmHg
身体 自 覚 症 状	<input type="checkbox"/> 頭痛、頭重 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 倦怠感、疲労感 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸、息切れ <input type="checkbox"/> 肩凝り <input type="checkbox"/> 関節、腰痛 <input type="checkbox"/> 目の症状 <input type="checkbox"/> せき、たん <input type="checkbox"/>	栄養 欠 乏 症 状	<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口角炎 <input type="checkbox"/> 皮膚のあれ <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 貧血症状 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/>	食 事 の 状 況	避難所の食事提供状況 朝 <input type="checkbox"/> 炊出し <input type="checkbox"/> 他 昼 <input type="checkbox"/> 炊出し <input type="checkbox"/> 他 夕 <input type="checkbox"/> 炊出し <input type="checkbox"/> 他 食欲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食事制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容 () 水分摂取 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不足
相談 内容					
対応 内容					
<p>栄養・食生活のニーズの判断</p> <p><input type="checkbox"/> ①栄養指導支援が必要 (<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 特別用途食品等提供)</p> <p><input type="checkbox"/> ②提供する食事に配慮が必要 (<input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> アレルギー対応食 <input type="checkbox"/> 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 嚥下困難)</p> <p><input type="checkbox"/> ③特に指導の必要はなし (一般的な食事提供で可能)</p> <p>⇒上記①②について、駐在する避難所職員に連絡 職名： 氏名：</p>					

避難所食事状況調査票

① 調査日 西暦 年 月 日 ()	記入者	あなたの所属 _A	<input type="checkbox"/> 保健所 ₁ <input type="checkbox"/> 市町村 ₂ <input type="checkbox"/> 他自治体 ₃	
		氏名 _B	<input type="checkbox"/> 栄養士会 ₄ <input type="checkbox"/> その他 ₅ :	
③ 避難所名	④ 避難所区分	<input type="checkbox"/> 指定 ₁ <input type="checkbox"/> その他 ₂ :		
⑤ 避難者数	避難者 _A : 計()人 ? →【 <input type="checkbox"/> 0~50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、食事だけ取りに来る人の食数 _B : ()食			
⑥ 対応してくれた方	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 :	
⑦ 食事提供回数	<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		⑧ 飲料水	<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
⑨ 避難所にいる要配慮者に☑ 人数把握が難しい場合は☑のみでOK	<input type="checkbox"/> 乳児 _A	人	不足しているものに☑	<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 :				
<input type="checkbox"/> 要配慮者はいない ₁				
⑩ 使えるライフライン	<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☑) _C	
区分	メニュー _B	量 _C	食事区分 _D (あったものに☑)	食事提供方法 _E (該当に☑)	
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	⑮ 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)	<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 :	
その他身体・口腔状況(自由記述) _c				
気が付いたこと	⑰ 利用可能な人材 _A (助産師、調理員、手話通訳者など)			
	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	⑱ 不足しているもの _A			
	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

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 <small>ふりがな</small> 氏 名	(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	続柄※世帯主は生年月日も記載	回答者◎	対象者	対象者(再掲)	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
							病気	治療状況	自覚症状			日中	夜間			
					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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 3 独居 4 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 具体的に 2 なし	1 赤紙:危険 2 黄紙:要注意 3 青紙:調査済 4 判定未	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 ころ 4 育児 5 栄養 6 口腔ケア 7 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：	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入居戸数</td> <td style="width: 15%;">世帯</td> <td style="width: 15%;">人／全戸数</td> <td style="width: 15%;">世帯</td> </tr> <tr> <td colspan="4">○単身世帯（ 世帯）うち高齢者（ 世帯）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">○高齢者(65歳以上)のみの世帯（ 世帯）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">○障害児・者のいる世帯（ 世帯）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">○要介護者のいる世帯（ 世帯）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">○妊産婦・乳幼児のいる世帯（ 世帯）</td> </tr> </table>	入居戸数	世帯	人／全戸数	世帯	○単身世帯（ 世帯）うち高齢者（ 世帯）				○高齢者(65歳以上)のみの世帯（ 世帯）				○障害児・者のいる世帯（ 世帯）				○要介護者のいる世帯（ 世帯）				○妊産婦・乳幼児のいる世帯（ 世帯）			
入居戸数	世帯	人／全戸数	世帯																						
○単身世帯（ 世帯）うち高齢者（ 世帯）																									
○高齢者(65歳以上)のみの世帯（ 世帯）																									
○障害児・者のいる世帯（ 世帯）																									
○要介護者のいる世帯（ 世帯）																									
○妊産婦・乳幼児のいる世帯（ 世帯）																									
連絡先：																									
<ul style="list-style-type: none"> ●交流施設 なし・あり(箇所) ●サロンの開催 なし・あり (頻度 対象) ●健康相談の開催 なし・あり() ●健康教育の開催 なし・あり() ●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)
現住所 電話

入居日	年	月	日	面接日	年	月	日	訪問者サイン
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	健康	なし	良い	飲まない	三食		乳幼	健康 認知	要 対 応 ・ 対 応 不 要
				通院中	良くも悪くもない	循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他)	地震前/後	時々	味噌汁	学童	妊婦 寝たきり		
				()	体調が悪い	消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他)	寝つきが悪い	惣菜・インスタント	成人	生活 精神			
				入院・入所	再掲 咳・痰	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)	途中/早期覚醒	毎日	夕食	高齢	感染 身体		
		男		治療中断	(日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他)	眼剤・安定剤	量				難病 知的	
		女				その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	地震前/後					その他()	再掲 介護保険
				特になし	健康	なし	良い	飲まない	三食		乳幼	健康 認知	要 対 応 ・ 対 応 不 要
				通院中	良くも悪くもない	循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他)	地震前/後	時々	味噌汁	学童	妊婦 寝たきり		
				()	体調が悪い	消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他)	寝つきが悪い	惣菜・インスタント	成人	生活 精神			
				入院・入所	再掲 咳・痰	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)	途中/早期覚醒	毎日	夕食	高齢	感染 身体		
		男		治療中断	(日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他)	眼剤・安定剤	量				難病 知的	
		女				その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	地震前/後					その他()	再掲 介護保険
				特になし	健康	なし	良い	飲まない	三食		乳幼	健康 認知	要 対 応 ・ 対 応 不 要
				通院中	良くも悪くもない	循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他)	地震前/後	時々	味噌汁	学童	妊婦 寝たきり		
				()	体調が悪い	消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他)	寝つきが悪い	惣菜・インスタント	成人	生活 精神			
				入院・入所	再掲 咳・痰	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)	途中/早期覚醒	毎日	夕食	高齢	感染 身体		
		男		治療中断	(日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他)	眼剤・安定剤	量				難病 知的	
		女				その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	地震前/後					その他()	再掲 介護保険
				特になし	健康	なし	良い	飲まない	三食		乳幼	健康 認知	要 対 応 ・ 対 応 不 要
				通院中	良くも悪くもない	循環器症状(めまい・動悸・胸痛・他)	地震前/後	時々	味噌汁	学童	妊婦 寝たきり		
				()	体調が悪い	消化器症状(下痢・便秘・胃腹痛・吐き気・他)	寝つきが悪い	惣菜・インスタント	成人	生活 精神			
				入院・入所	再掲 咳・痰	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)	途中/早期覚醒	毎日	夕食	高齢	感染 身体		
		男		治療中断	(日前から)	筋骨格系(肩こり・腰痛・他)	眼剤・安定剤	量				難病 知的	
		女				その他(食欲の低下・疲れやすい・他)	地震前/後					その他()	再掲 介護保険
ペット	犬	その他	緊急時連絡先: TEL (本人との関係)				備考						
	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				再建困難要因						

「」市 応急仮設住宅入居者健康調査票(継続)

現住所

電話

入居日 年 月 日

記入日 年 月 日 AM・PM・夜

前住所

家族状況 : 母子 独居(老・若) 高齢者のみ

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	
					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	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 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	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 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	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 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	食欲がない 血圧が高くなった 風邪をひきやすい 腰痛 耳鳴り アルコールの量が増えた 他()	飲まない 時々 毎日 朝 昼 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											
ペット	犬 猫	他			緊急時連絡先:	(Tel -) (本人との関係)	今後必要な対応						

派遣元自治体 活動報告書

様式 13

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

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 深部静脈血栓症(DVT)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)	

派遣元自治体 活動報告書

記入例

活動日	派遣元自治体名(都道府県名)	派遣元自治体名(市区町村名)
○年 ○月○日	○○県	▼△市

派遣先(都道府県名)	派遣先(市区町村名)
■□県	●○市
活動場所(該当するもの一つに○)	
○避難所	避難所名: ○●小学校避難所
○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
1	1, 4, 5	
8		1, 5

個別支援については、「活動種別」と「対象」欄に該当する数字を

集団支援については、「活動種別」と「内容」欄に該当する数字を

<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)・保健医療課

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)	方法	対象者	担当者(自治体名)						
	・面接 ・訪問 ・電話 ・その他 ()	乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他()	相談日	年	月	日	時間	場所	
初回 ・ ()回	保管先	氏名(フリガナ)	性別	生年月日			年齢		
			男・女	M・T・S・H	年	月	日	歳	
基本的な状況	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								
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					

* 必要に応じて **避難所等** ⇒ **情報集約先**

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

* 必要に応じて **避難所等** ⇒ **情報集約先**

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はありますか。	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はありますか。	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。

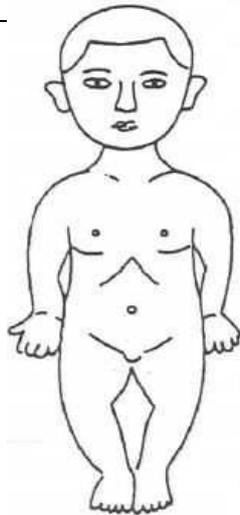
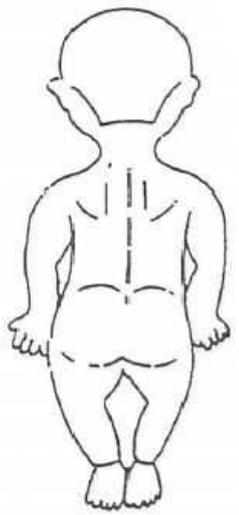
※備考 PTSDの3大症状及びうつ症状に対応するのは、それぞれ次の項目である。

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

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														
<input type="checkbox"/> 外傷⇒黄色タグ以上は外傷カルテへ(J-SPEEDは記入) <input type="checkbox"/> 痛み (<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸部痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他: _____) <input type="checkbox"/> 熱発 _____ 日 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 下痢 _____ 日 (<input type="checkbox"/> 水様便、 <input type="checkbox"/> 血便) <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 眼の症状 <input type="checkbox"/> 耳の症状 <input type="checkbox"/> 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 緊急救護	<input type="checkbox"/> 28 介護/看護	<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 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 栄養	<input type="checkbox"/> 30
【記載者】 (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 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

市町村災害対策本部⇒(保健所経由)⇒保健医療課

岡山県保健医療課 行

市 町 村 名	
所 属 ・ 職	
氏 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	
要 請 日 時	年 月 日 時 分

公衆衛生スタッフ応援・派遣要請（受援）

事 項	概 要
派遣要請期間※	年 月 日() ~ 年 月 日()
活動場所	
派遣要請人数 及びチーム体制	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師等チーム数 ()チーム 予定 (1チームあたり 保健師等○名 事務○名を想定) ・その他の職種 職名() 人数()人
依頼したい 活動内容	<input type="checkbox"/> 避難所を巡回し、避難者の健康観察や個別相談の実施 <input type="checkbox"/> 在宅被災者の巡回訪問や健康観察 <input type="checkbox"/> 避難者情報などの収集と集計等 <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: center;">()</div>
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

《庁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⇒(保健所経由)⇒保健医療課

岡山県保健医療課 行

市 町 村 名	
所 属 ・ 職	
氏 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	
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
派遣可能期間	年 月 日() ~ 年 月 日()
派遣可能数及び チーム体制	<p>・派遣保健師数 ()人 予定</p> <p>・その他職種 職種() 人数()人</p> <p><派遣可能保健師(予定)></p> <p>氏名() 経験年数() 災害経験(有・無)</p> <p>氏名() 経験年数() 災害経験(有・無)</p> <p>氏名() 経験年数() 災害経験(有・無)</p>
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 ・その他()
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	岡山県保健医療部保健医療課 担当者() 〒700-8570 岡山市北区内山下 2-4-6 TEL 086-226-7097 FAX 086-234-2456

※ 派遣自治体と協議のうえ作成する。

保健医療課 ⇒ 公衆衛生スタッフ受入担当保健所 ⇒ 県内被災市町村・他都道府県

公衆衛生スタッフ配置計画表（受援）

⇔ 配置期間

配置先		派遣元			/														/															
保健所名 市町村名		派遣元自治体名	班名	職種	氏名	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	
○県 保健医療福祉調整本部		◎県	DHEAT1班	医師 監視員 事務職員 栄養士 保健師																														
○○保健所	地域保健 医療福祉 調整本部	○県	DHEAT1班	医師 監視員 事務職員 栄養士 保健師																														
	A市	□市	保健1班	保健師 栄養士 事務職員																														
		□市	保健2班	保健師 保健師 監視員																														
	日町	△県	保健1班	保健師 保健師 事務職員																														

