

# 様式集

様式1

## 避難者名簿（世帯記入用）

避難所名：\_\_\_\_\_

NO	入所日	代表者氏名	住 所	避難した家族内訳					計	男女内訳		うち 要配慮者	備 考
				1歳未満	幼 児	小学生	中学生	高校生以上		男	女		

※ 該当する欄に人数を記入してください。

# 避難者カード

No. \_\_\_\_\_

避難所名: \_\_\_\_\_

※ 太枠内については記入しないでください。  
 ※ 内容に変更がある場合は、速やかに担当者に報告してください。

入所年月日		年 月 日		住所	
(ふりがな) 氏名		年齢	性別	電話番号	( ) —
				行政区	
世帯主		歳	男・女	自宅の被害状況	
				<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 床上・床下浸水 <input type="checkbox"/> 断水 <input type="checkbox"/> 停電 <input type="checkbox"/> ガス停止 <input type="checkbox"/> 電話不通	
家族 (一緒に避難してきた人のみ記入)		歳	男・女	親族などの連絡先	
				( ) —	
		歳	男・女	避難情報	
				あなたの家族は全員避難していますか？ <input type="checkbox"/> 全員避難した <input type="checkbox"/> 避難していない ⇒ どなたですか？ ( ) ( )	
		歳	男・女	安否情報	
			あなたの家族全員と連絡が取れましたか？ <input type="checkbox"/> 全員と連絡が取れた <input type="checkbox"/> まだ取れていない ⇒ どなたですか？ ( ) ( )		
家族のことで留意・配慮してほしい事項がある場合は記入してください。 ※特別な配慮が必要な方がいる場合には裏面にも記入してください  家族の中で特技・資格がある方は記入してください。				安否確認等の問い合わせがあった際、住所や氏名等の情報を公表してもよろしいですか。  良い・良くない	
ペットの状況	種類	数	状況	備考	
			同行・置去り・行方不明・その他		
			同行・置去り・行方不明・その他		
			同行・置去り・行方不明・その他		
退所年月日		年 月 日			
転出先		〒			
連絡先					
その他					

# 避難者カード(裏面)

No. \_\_\_\_\_

避難所名: \_\_\_\_\_

※避難所で特別な配慮が必要な方について以下にご記入ください

(ふりがな) 氏名		年齢	性別	配慮が必要な理由に○をつけてください
特別な配慮が必要な方	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )
	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )
	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )
	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )
	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )
	.....	歳	男・女	病気・ケガ・要介護者・障がい者・乳幼児、児童 妊産婦・外国人・その他( )

特別に配慮してほしい事項についてできるだけ詳しく記入してください。

様式3

避難者カードNo.





健康に関する質問票

記入日:平成 年 月 日


避難所名( )

※ 網掛け部分以外について、当てはまる選択肢に丸をつけて下さい。

住所(区名)	東温市 (区名 )
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才)
電話番号(携帯電話)	089 - - (携帯電話 - - )

質問項目		選択肢	備考
1	あなたの健康状態について気になることや心配なことはありますか？	①いいえ ②はい 	かぜ症状 下痢 便秘 頭痛 腹痛 膝、関節痛 不眠 精神的不安 その他( )
2	現在治療中の病気はありますか？	①ない ②ある 	高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 心臓病 その他( )
3	当面飲む薬はありますか？	①いいえ ②はい 	残り ( )日分あり
4	お薬手帳を手元にお持ちですか？	①はい ②いいえ	
5	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか？	①いいえ ②はい	
6	普段使われていたトイレは？	①洋式トイレ ②和式トイレ ③オムツ	
7	本日測定した血圧値と脈拍数を記入してください。	血圧 / ・脈拍 /分	
8	福祉避難所への移送の希望	①あり  ②なし	【様式4 実態把握票 記入】 ①あり ②なし

担当者:所属 氏名

9	福祉避難所への移送	①あり  ②なし	【様式7 避難者一覧表 記入】 ①あり ②なし
---	-----------	--	-------------------------------

確認者:所属 氏名

様式4-①

(高齢者・障がい者等)実態把握票

避難者カードNo.

避難所名 \_\_\_\_\_

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

作成担当者 \_\_\_\_\_

対象者氏名	フリガナ _____ 男・女 (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳)			
住 所	_____			血液型 _____ 型
聞き取りの相手	本人・家族( _____ )・ その他( _____ )	避難行動要支援者登録の有無	有	無
相談内容・主訴	_____			
経済状況	家族の扶養 なし あり ( _____ )			
	本人の収入 国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・生活保護・その他( _____ )			
	経済的な問題 なし あり ( _____ )			
障害者手帳	1なし 2あり 身障( _____ ) 療育( _____ ) 精神( _____ )			
介護認定	1なし 2あり ・要支1 ・要支2 ・要介1 ・要介2 ・要介3 ・要介4 ・要介5			
現在のサービスの利用状況	公的サービス _____ 非公的サービス _____			
家族構成		家族関係・介護者の状況等		
1ひとり暮らし				
2高齢者世帯				
3日中ひとり暮らし				
4その他 ( _____ )				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	Tel
	①	_____	_____	_____
	②	_____	_____	_____
住環境	一戸建て 集合住宅( _____ 階) 賃貸・ 公営住宅・ 給与住宅・その他( _____ )			
	住宅の状況	全壊 半壊 その他( _____ )		
	家の中の状況	_____		
	今後の見通し	見通しつかず 落ち着いたら帰る 子ども・親戚の家へ行く( _____ )		
		_____		
特に困っていること	_____			
	_____			
	_____			

## 健康管理

	疾患名	医療機関	受診頻度	服薬	治療内容
現病歴				あり なし	
				あり なし	
				あり なし	
既往歴			年 月 日	治ゆ・	経過観察中
			年 月 日	治ゆ・	経過観察中
服薬管理	問題なし 問題あり( )				
身長	( cm )	体重	( kg )	BMI	( )
口腔衛生	・問題なし ・あり( )			義歯	上 ・なし ・あり 下

## 生活状況

ADLの状況				IADLの状況			
移動 (歩行)	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )	掃除	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )
食事	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )	洗濯	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )
排泄	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )	買い物	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )
入浴	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )	調理	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )
整容	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )	金銭管理	1支障あり ( )	2困難あり	3支障なし ( )

<input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左) (上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 拘縮 (右・左) (上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> しびれ (右・左) (上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 痛み (右・左) (上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 筋力低下 (右・左) (上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
---	---	--	---	---	-------------------------------------

コミュニケーション 視力 ( ) 聴力 ( ) 言語障害 ( )

精神機能 1 抑うつ 2 閉じこもり 3 不安 4 依存傾向 5 認知症 6 知的障害 7 その他( )

精神状況 1 夜眠れない 2 気分がすぐれない 3 落ち着かず、じっとしてられない 4 気分が沈みがちで憂うつ

5 何事もやる気がしない 6 普段より疲れやすい 7 イライラし、ささいなことで腹が立つ 8 その他( )

その他特記事項

## 介護予防に関する事項

今までの生活の様子	現在の生活の様子(1日の過ごし方)
趣味・楽しみ・特技 友人や地域との関係	

調査担当者所見

平成 年 月 日 担当者氏名

対象者氏名	<u>フリガナ</u> _____ 男・女 (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳)				
住 所	_____			血液型 _____ 型	
聞き取りの相手	本人・家族( _____ )・ その他( _____ )				
相談内容・主訴					
経済状況	家族の扶養    なし    あり ( _____ )				
	本人の収入    給与等・ 国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・生活保護・その他( _____ )				
	経済的な問題    なし    あり ( _____ )				
家族構成					
緊急連絡先		氏 名	続 柄	住 所	Tel
	①	_____	_____	_____	_____
	②	_____	_____	_____	_____
住環境	一戸建て    集合住宅( _____ 階) 賃貸・ 公営住宅・ 給与住宅・その他( _____ )				
	住宅の状況	全壊    半壊    その他( _____ )			
	家の中の状況				
	今後の見通し	見通しつかず    落ち着いたら帰る    親戚等の家へ行く( _____ )			
特に困っていること					



# 健康管理

(氏名: フリガナ )

	疾患名	医療機関	受診頻度	服薬	治療内容
現病歴				あり なし	
				あり なし	
				あり なし	
食事形態	普通食・離乳食(初期・中期・後期)・その他( )				
ミルク	不要・必要(普段使っているもの: )				
アレルギー	なし・あり( )				
おむつ	不要・必要(サイズ: 、普段使っているもの: )				

(氏名: )

	疾患名	医療機関	受診頻度	服薬	治療内容
現病歴				あり なし	
				あり なし	
				あり なし	
食事形態	普通食・離乳食(初期・中期・後期)・その他( )				
ミルク	不要・必要(普段使っているもの: )				
アレルギー	なし・あり( )				
おむつ	不要・必要(サイズ: 、普段使っているもの: )				

(氏名: )

	疾患名	医療機関	受診頻度	服薬	治療内容
現病歴				あり なし	
				あり なし	
				あり なし	
食事形態	普通食・離乳食(初期・中期・後期)・その他( )				
ミルク	不要・必要(普段使っているもの: )				
アレルギー	なし・あり( )				
おむつ	不要・必要(サイズ: 、普段使っているもの: )				

(氏名: )

	疾患名	医療機関	受診頻度	服薬	治療内容
現病歴				あり なし	
				あり なし	
				あり なし	
食事形態	普通食・離乳食(初期・中期・後期)・その他( )				
ミルク	不要・必要(普段使っているもの: )				
アレルギー	なし・あり( )				
おむつ	不要・必要(サイズ: 、普段使っているもの: )				

調査担当者所見

平成 年 月 日 担当者氏名

(法人等名)

様

年 月 日

**福祉避難所設置要請書**

東温市長

災害時等における福祉避難所の設置運営に関する協定書第3条の規定に基づき、福祉避難所の設置について下記のとおり要請します。

記

開設期間	年 月 日 ( ) から
	年 月 日 ( ) まで
開設施設	受入要請人数 人
その他	別紙のとおり「実態把握票」「避難者一覧表」を送付します。

## 介護職員・ボランティア等派遣要請申請書

(宛名)様

東温市長

下記施設について職員等派遣の調整をお願いいたします。

施設名等	住所：		
	名称：		
	受入担当者		電話
要請を行う職種等	職種	必要人数	派遣要請期間
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
連絡先 (市担当者)	担当部署：社会福祉班(避難行動要支援者支援窓口)		
	担当者職氏名：		
	電話		FAX

(福祉避難所名: \_\_\_\_\_)

No. \_\_\_\_\_

**福祉避難所避難者一覧表**

No.	世帯区分	ふりがな	要配慮者	年齢	性別	住所	入所日時	備考
	(注)	氏名	家族等			電話	退所日時	
1			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
2			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
3			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
4			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
5			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
6			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
7			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
8			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
9			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
10			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
11			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
12			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
13			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
14			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
15			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
16			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
17			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
18			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
19			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	
20			要配慮者		男・女		月 日 時 分	
			家族等			( )	月 日 時 分	

◎ 社会福祉班は、福祉避難所利用対象者の情報を取りまとめ、この一覧表を作成します。

◎ (注)世帯区分には、世帯代表者に○印を記入し、世帯ごとに実線で区切ります。

## 福祉避難所状況報告書〔第 報〕

(福祉避難所名 \_\_\_\_\_)

送信者名			受信者名		
報告日時	年 月 日	福祉避難所	TEL		
	午前・午後 時 分		FAX		
避難者世帯数	現在数(A)	前日数(B)	差引(A-B)		
	世帯	世帯	世帯		
避難者人数	現在数(A)	前日数(B)	差引(A-B)		
	人	人	人		
地域 状況	土砂崩れ	未発見 ・ あり ・ 警戒中			
	ライフライン	断水 ・ 停電 ・ 電話不通			
	道路状況	通行可 ・ 片側通行可 ・ 通行不可			
	その他				
連絡事項					
<p>対処すべき、予見される事項(水及び食料の過不足・物資の過不足・風邪などの発生状況・避難所の生活環境、避難者の雰囲気など)、対応状況、今後の要求等</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>					

※ 1日最低1回は社会福祉班に報告すること。

## 経過記録表

福祉避難所名 \_\_\_\_\_

利用者対象者名 \_\_\_\_\_

No.

日時	内容	対 応	記入者名
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
移動先			
移動先 選択理由			
退所日	平成    年    月    日		

## 福祉避難所運営体制表

福祉避難所名				
施設管理者			(不在時の代理者)	
福祉避難所担当職員			(不在時の代理者)	
業 務	担当職員		運営スタッフ(ボランティア)	
	名前	所属	名前	所属
総務・情報担当				
ボランティア担当				
施設管理担当				
食料・物資担当				
衛生担当				

**【業務の内容(例)】**

- 総務・情報担当:避難者の受付、避難者名簿の作成や管理、生活情報の掲示などを担当します。
- ボランティア担当:運営スタッフの調整やニーズの把握などを担当します。
- 施設管理担当:避難スペースの調整や救援物資の整理などを担当します。
- 食料・物資担当:食料、物資の配給、物資の在庫整理、調達などを担当します。
- 衛生担当:清掃、ごみの分別運搬、衛生管理などを担当します。

①福祉避難所→②社会福祉班→③災害対策本部⇒④配送担当者⇒⑤福祉避難所

No. \_\_\_\_\_

## 福祉避難所物資依頼票

①	発信日時 月 日 時 分	②	社会福祉班担当名 FAX TEL				
	避難所名		受付日時 月 日( ) 午前・午後 時 分				
	避難所住所	③	発注先業者名 FAX TEL				
	発注依頼者 FAX TEL		受付日時 月 日( ) 午前・午後 時 分 災害対策本部担当者名 FAX TEL				
	商品 コード	品名	サイズ等	数量	単位	備考	口数
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
○ 1行につき1品、サイズごとに記入し、数量はキリのよい数で注文してください。 ○ 性別などは「サイズなど」の欄に記入してください。 ○ 配送担当者は、この伝票に記入し、配達・注文を要請してください。 ○ 行政担当者は、原則としてFAXで依頼を行ってください。 ○ FAXが使えない場合は、必ず控えを残しておいてください。 ○ 福祉避難所担当者は、受領後「調達物資の備品台帳」に記入してください。							口数合計
④	出荷日時 月 日( )AM・PM 時 分 配達者名 FAX TEL お届日時 月 日( )AM・PM 時 分					⑤	避難所 受領 サイン





## 介助員・宿直者勤務表

( 年 月 日～ 年 月 日分)

福祉避難所名	
--------	--

介助員の勤務実績

※ 勤務者は上段に押印又はサイン、下段に勤務時間数を記入すること。

介助員の氏名		月	日																
		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
①		印																	
	時間																		
	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
	印																		
	時間																		
②		印																	
	時間																		
	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
	印																		
	時間																		

介助員の所属法人名	①	②
-----------	---	---

宿直者の勤務実績

宿直者		月	日																
		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		印																	
	時間																		
	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
	印																		
	時間																		

■ 介助員人件費      単価                  円 ×      時間分 =                  円  
 ■ 宿直者人件費      単価                  円 ×      日分 =                  円

(宛先) 社会福祉班長

年      月      日

介助員等に要する人件費及び福祉避難所利用対象者等  
に要する食費に関する届出

(施設名)  
代表

このことについて、下記のとおり届け出ます。

福祉避難所名	
(1) 介助員等に要する人件費(夜勤、宿直等に要する費用を含む)	
・日勤(日給・時間給)	円/(日・時間) _____
・夜勤(日給・時間給)	円/(日・時間) _____
・宿直	円/回 _____
(2) 福祉避難所利用対象者等に要する食費	
・朝食	円/食 _____
・昼食	円/食 _____
・夕食	円/食 _____
(計)	円/食 _____
(3) その他オムツ代等の協定締結法人が直接支払いを行ったものに要した費用	
実費相当額	

※ 市と協議の上、単価を設定すること。

年 月 日

## 請 求 書

(宛先) 東温市長

住 所  
法人等の名称  
代表者名

金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日から 年 月 日までの福祉避難所設置・運営費として

請求内訳 別添様式のとおり