

山形県災害時公衆衛生活動指針

【様式編】

目次

- 様式 1 山形県災害対策本部（総合調整班）被害状況総括表
- 様式 2 災害時公衆衛生スタッフ等応援要請票
- 様式 3 災害時公衆衛生スタッフ応援派遣体制
- 様式 4 災害時公衆衛生スタッフ応援要請の概要
- 様式 5 公衆衛生スタッフ配置計画表
- 様式 6 施設・避難所等ラピッドアセスメントシート
- 様式 7 避難所生活環境調査票
- 様式 8－1 避難所日報（避難所状況）
- 様式 8－2 避難所日報（避難所状況）
- 様式 9 避難所健康状況連名簿
- 様式 10－1 被災者健康相談票（共通様式）
- 様式 10－2 被災者健康相談票（保健師等様式）
- 様式 11 経過用紙
- 様式 12 避難所等相談対応票
- 様式 13 避難所（巡回）健康相談実施状況報告書
- 様式 14 避難所（巡回）健康相談実施状況集計表
- 様式 15 災害直後見守り必要性のチェックリスト
- 様式 16 スクリーニング質問票（SQD）
- <参考>災害時こころのチェックリスト
- 様式 17 食事提供状況把握票
- 様式 18 巡回栄養相談記録票
- 様式 19 避難所マップ
- 様式 20 高齢者等施設への情報提供票
- 様式 21 感染症患者発生状況報告書
- 様式 22 公衆衛生スタッフ活動報告書
- 様式 23 被災地支援活動状況
- 様式 24 地域基礎状況整理表（コーディネータ用）
- 様式 25 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）
- 様式 26 健康調査（1次スクリーニング）票
- 様式 27 健康調査（1次スクリーニング）不在者連名簿
- 様式 28 健康調査（1次スクリーニング）集計表（担当者用）
- 様式 29 健康調査（1次スクリーニング）集計表（総括者用）
- 様式 30 地震後の健康訪問調査について
- 様式 31 地震後の健康訪問調査について
- 様式 32 応急仮設住宅入居者健康調査票
- <参考>応急仮設住宅入居者健康調査票（初回）
- <参考>応急仮設住宅入居者健康調査票（継続）
- <参考>仮設住宅保健師活動報告

※被害状況総括表 (大規模地震災害の例)

〇〇〇〇〇による被害状況 (第 報)

年 月 日
時 分 現在
山形県災害対策本部

I 地震の概要 (震度 5 弱以上の地震)

- 1 発生日時: 年 月 日 () 時 分頃
- 2 震源地: 県〇〇〇 (北緯 度 分、東経 度 分)
- 3 震源の深さ: 〇〇 km
- 4 規模: マグニチュード〇. 〇
- 5 各地の震度

震度	市町村数	市町村名
6 強		
6 弱		
5 強		
5 弱		
4		

※震度 3 以下は省略

※隣接県の最大震度

隣接県名	最大震度	市町村名
宮城県		
新潟県		
福島県		
秋田県		

6 津 波: この地震による津波の心配なし

II 被害の状況

1 人的被害 (月 日 時 分現在)

市町村	人的被害 (人)			
	死者	行方不明者	負傷者	
			重傷	軽傷
計	0	0	0	0

2 建物被害 (月 日 時 分現在)

(1) 住家 ○○市町村

市町村	全壊	半壊	一部破損	床上浸水	床下浸水	計	摘要
						0	
						0	
合計	0	0	0	0	0	0	

(2) 非住家 ○○市町村

市町村	公共建物	その他	計	摘要
			0	
			0	
合計	0	0	0	

※全壊又は半壊の被害を受けたもののみを計上

3 孤立の状況 ○○集落 (月 日 時 分現在)

集落名	発生日時	世帯	人数	原因	解消日時等
合計		0	0		

4 避難等の状況

(1) 避難指示等 (月 日 時 分現在)

市町村	緊急安全確保			避難指示			高齢者等避難		
	対象世帯数	対象者数	発令日時	対象世帯数	対象者数	発令日時	対象世帯数	対象者数	発令日時
			解除日時			解除日時			解除日時
計	0	0		0	0		0	0	

(2) 避難所開設状況 (月 日 時 分現在)

市町村名	開設箇所数	現避難者数	最大避難者数	摘 要
合計	0	0	0	

(3) 福祉施設の避難状況 (月 日 時 分現在)

①高齢者福祉施設等

施設区分	施設等名称	市町村	備 考
合計			

②障がい福祉サービス事業所

施設区分	施設等名称	市町村	備 考
合計			

(4) 医療救護所開設状況 (月 日 時 分現在)

市町村	箇所数	備 考
計	0	

5 ライフライン施設状況 (月 日 時 分現在)

区 分	市町村	主な地域名	発生時刻	復旧時刻	延べ戸数	備考
電 気 (停電)						
ガ ス (停止)						
上水道 (断水)						
下水道 (排水困難)						
電 話 (不通)						

6 道路の交通規制状況 (月 日 時 分現在)

①高速道路

No	路線名	場所	規制理由	規制内容

②国直轄道路

No	路線名	場所	規制理由	規制内容

③県管理道路

No	路線名	場所	規制理由	規制内容

7 河川関係 (月 日 時 分現在)

- ① 一般被害箇所 ○○河川 ○○箇所
 解消されていない箇所 (全体)
 (a) 越水、溢水箇所 ○○箇所 (○○箇所)
 (b) 内水被害 ○○箇所 (○○箇所)
 (c) その他 ○○箇所 (○○箇所)

No	河川名	場所	被害要因	対応状況	被害状況
01					

②河川施設被害 ○○河川 ○○箇所

No	河川名	場所	被害要因	対応状況	被害状況
01					

8 土砂災害関係 ○○箇所 (月 日 時 分現在)

No	場所	被害状況	対応状況 (応急復旧の見通し)	人的被害	物的被害等 (建物等)
01					

9 交通関係 (月 日 時 分現在)

区 分		運行状況	復旧状況等
航空	山 形		
	庄 内		
鉄道	山形新幹線		
	在来線		
バ ス			
航 路			

10 各種施設等の被害

(1) 文教施設等 (月 日 時 分現在)

区 分	市町村数	箇所数	備考 (負傷者の有無等)
教育関係施設			
児童関係施設			
社会体育文化施設			
文化財等			
計	0	0	

(2) 医療関係施設 (月 日 時 分現在)

地 域	病 院		薬局・医薬品業者	
	施設総数	診察可能施設数	業者総数	営業可能数
村 山				
最 上				
置 賜				
庄 内				
計	0	0	0	0

(3) 災害拠点病院等 (月 日 時 分現在)

病院名	被害状況	診察の可否	受入可否
山形大学付属病院			
県立中央病院			
市立済生館			
山形済生病院			
県立新庄病院			
公立置賜総合病院			
日本海総合病院			
市立荘内病院			

(4) 社会福祉施設 (月 日 時 分現在)

区分	市町村数	箇所数	備考
児童福祉施設			
老人福祉施設			
身体障害者福祉施設			
知的障害者福祉施設			
その他福祉施設			
計	0	0	

(5) その他施設 (月 日 時 分現在)

区分	市町村数	箇所数	備考
計	0	0	

11 農林水産被害 (月 日 時 分現在)

被害種別	被害数量	被害額 (百万円)	内訳	被害発生地域
農作物等				
穀物・いも・豆類				
野菜				
果樹				
花き				
樹体				
その他				
家畜等				
施設				
パイプハウス等				
その他農業施設				
畜産関係施設				
水産関係				
水産物				
水産関係施設				
農地・農業用施設				
農地				
農業用施設				
農村生活環境施設				

森林関係				
林 地				
林 道 施 設				
治 山 施 設				
林業・木材産業 関 連 施 設				
林産関係施設				
合 計				〇〇市町村

12 災害廃棄物

市町村名	災害廃棄物発生推計量※	(うち累計処分量)
合 計		

※ 災害廃棄物発生推計量は処理見込量を含むため、今後変わることがある

IV 災害救助法の適用該当市町村

適用決定日	市町村数	市町村名
年 月 日		

V 県の主な対応

年 月 日 時 分 県災害対策本部設置
 年 月 日 時 分 県災害対策 支部設置
 年 月 日 時 分 第1回災害対策本部員会議開催
 年 月 日 時 分

VI 市町村の災害対策本部等設置状況

市町村名	設置日時	廃止	市町村名	設置日時	廃止

VII 災害ボランティア

市町村名	設置日	ボランティア受入状況等	活動状況	
			期間	
			団体 (人数)	
			個人	

ボランティア活動人数 延べ〇〇人

VIII 特記事項

IX その他

市町村→保健所→健康福祉企画課

令和 年 月 日現在

要請番号

災害時公衆衛生スタッフ等応援要請票

【宛先】

山形県健康福祉部健康福祉企画課 Mail : ykenfuku@pref.yamagata.jp
FAX : 023-625-4294

【送信元】

保健所	担当者 :
電話 :	FAX :
E-mail (所属) :	
E-mail (個人) :	

※実際に送受信する際は所属メールと上記担当者個人あて両方で送受信すること。

下記のように災害時専門職種等について、派遣を要請します。

事項	内容	
支援期間(予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (もしくは、活動予定期間 月 頃まで)	
集合場所	日時	
	場所	
	担当者名	
	電話番号	
主な業務	活動場所 避難所・保健所・個別訪問・仮設住宅・その他 ()	
	活動内容	
	活動体制	<input type="checkbox"/> 24時間もしくは長時間勤務の可能性大
		<input type="checkbox"/> 日中活動が中心
<input type="checkbox"/> 夜間活動が中心		
<input type="checkbox"/> その他		
職種	保健師・管理栄養士・薬剤師・獣医師・心のケアチーム・リハビリテーション専門職・心理士・その他 ()	
人数/日		

<参考>宮城県で使用。
活用にあたって要検討

様式3

被災地以外の県内市町村・他県都道府県自治体等→健康福祉企画課

【宛先】

山形県健康福祉部健康福祉企画課 Mail : ykenfuku@pref.yamagata.jp
FAX : 023-625-4294

*は必須

都道府県・市町村名*	
所属・職*	
氏名*	
電話番号*	TEL
FAX番号*	Fax
要請日時*	平成 年 月 日 時 分

災害時公衆衛生スタッフ応援派遣体制

【応援（予定）状況】

事項	内容
派遣可能期間*	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()
派遣可能人数 及びチーム体制 *	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 職種名: 人 派遣チーム数(予定) チーム 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) <input type="checkbox"/> 夜間の活動可能 <input type="checkbox"/> 長時間の勤務可能 <input type="checkbox"/> 日中活動が中心 <input type="checkbox"/> その他
備考	

*応援・派遣に際しての経費の支出、宿泊・携帯品の用意等は、各自治体でお願いします。

*応援・派遣をお願いする際には、調整の上、別途詳細についてご連絡させていただきます。

災害時公衆衛生スタッフ応援要請の概要

派遣依頼期間	活動開始日：令和 年 月 日 終了予定日：令和 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
集合日時・場所 担当者等	日時：令和 年 月 日（ ） 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（ ） 活動内容： 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 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。
携帯品等	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 一般的な物品以外の必要物品；寝袋，車（移動手段），PC その他：緊急運行車両確認書，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 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下さい。 ・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	山形県健康福祉部健康福祉企画課 担当者（ ） 〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号 TEL：023-630-3329 FAX：023-625-4294

避難所生活環境調査票

調査日:令和 年 月 日()調査者 所属

氏名

避難所名						
避難所管理者名				連絡先		
避難者数		名 (定員 名)		昼間の避難者数 名		
避難場所 屋内(体育館・講堂・教室・集会所・廊下ロビー・その他()) 屋外(テント・シート・簡易建築物・その他())						
フェイズ	区分	迅速に提供する		実施	適否 (非の場合対応の緊急性)	否(有)の場合の状況
		情報項目				
0	飲料水の衛生確保	給水量の充足			適・否(要緊急・他)	
		ポリタンク等飲料水容器の保管状況		管理者() 保管場所()	適・否(要緊急・他)	管理者が不在でポリタンクが散在している。
	食品の管理	食料の充足		頻度(回/日 弁当・おにぎり・パン・缶詰・レトルト・そうざい)		
		" 炊き出し		頻度(回/日 ごはん・味噌汁・その他())		
				自主・ボランティア・その他()	適・否(要緊急・他)	
				室内・屋外テント・その他()	適・否(要緊急・他)	
残食処理状況				適・否(要緊急・他)	避難者が残食を保有している。	
食品保管状況			保管場所() その他(温度等)	適・否(要緊急・他)	テント以外に保管場所がない。	
1	排泄環境の衛生管理	下水放流の可否		可・否・確認できず	-	下水放流不可だが排泄場所として機能はしている。
		(施設管理者に確認)				
		仮設トイレ管理状況くみとり頻度		頻度(回/ 日)	適・否(要緊急・他)	
	トイレの衛生状態			適・否(要緊急・他)	掃除が十分にされていない。	
	室内環境の衛生管理	居室温度・湿度		日中 °C , 湿度: %	適・否(要緊急・他)	冷房がなく日中暑い。熱中症発症のおそれが高い。
		換気			適・否(要緊急・他)	暖房が優先され窓開け換気ができない。
		暖房器具		灯油・ガス・電気ストーブ・エアコン・その他()		ストーブの周辺は暑く、他は寒い。
		(種類・運転)		運転状況(常時・適宜・なし)	適・否(要緊急・他)	
		加湿器		蒸気(スチーム)式・気化式・超音波式		加湿器はなく、洗濯物を室内に干している。
		(種類・運転)		運転状況(常時・適宜・なし)	適・否(要緊急・他)	
居室の衛生状況			適・否(要緊急・他)	上履き不徹底、埃が舞う。ゴミ出しルール守られず。		
その他衛生状態		ゴミの集積場		適・否(要緊急・他)	ゴミ集積場内での分別が徹底していない。異臭あり。	
		歯みがき等の場所		適・否(要緊急・他)		
		その他(自炊場・他())		適・否(要緊急・他)		
生活用水の管理	生活用水の充足		トイレ用水		適・否(要緊急・他)	断水によりバケツに汲んだ水を便器に流している状態。
			手洗い(流水・ため水・消毒薬)		適・否(要緊急・他)	
			歯みがき用の水		適・否(要緊急・他)	
			その他()		適・否(要緊急・他)	
ペット対策	ペット数・種類の確認		依頼済み()・未		-	飼い主の組織化がされておらず、把握されていない。
	種類・頭数		犬 3匹、猫 1匹 ハムスター 2匹			
	同伴者とゾーニング		有((部屋分け・一角に集約・その他()))・無			
	収容場所の確保		有((部屋分け・一角に集約・その他()))・無			
	ペットによる苦情				有・無	鳴き声・ペット臭、アレルギー体質者からの苦情有り。

ADL対策	起居動作環境	一人一人の生活スペースの確保	している・していない	床からの起き上がり、 起ち上がりにくい人がいる。
	トイレ環境	洋式トイレ	有・無	便器で用を足せない人がいる。
		ポータブルトイレ	有・無	
移動環境	動線の配慮	している・していない	通路が狭い。トイレまでの通路に荷物が山積している。	
仮設浴場 (シャワーの衛生管理)	浴室の衛生状況		適・否(要緊急・他)	浴室の排水が滞留しやすい。入浴者が過剰なのか浴槽水の汚れが目立つ。入浴制限を検討すべきか。
	浴槽の衛生状況		適・否(要緊急・他)	
	浴槽水の衛生状態		適・否(要緊急・他)	
	浴場管理	管理者()	適・否(要緊急・他)	
管理記録(有・無)				
感染症の発症状況	インフルエンザ	有・無		
	ノロ	有・無		
	その他()	有・無		
居室内温度測定値	日中(°C) 夜間(°C)	適・否(要緊急・他)	梅雨に入り湿度が高いが、 除湿対策なし。	
居室内湿度測定値	日中(%) 夜間(%)	適・否(要緊急・他)		
タバコ分煙対策	有(方法)・無	適・否(要緊急・他)		
衛生害虫被害発生	蚊	適・否(要緊急・他)	毛布使用者から皮膚掻痒感の訴えがあり、 ダニによるものか？	
	ハエ	適・否(要緊急・他)		
	ダニ	適・否(要緊急・他)		
	その他()	適・否(要緊急・他)		
寝具乾燥対策	有(方法)・無	適・否(要緊急・他)	寝具を干すスペースなし。	
洗濯の状況	手洗い 有・無	適・否(要緊急・他)	乾燥機がなく、 女性が下着等の乾燥に躊躇している。	
	洗濯機 有・無			
	洗濯サービス 有・無			
	その他()			
授乳室				
男女別の更衣室				
プライバシー関連苦情		有・無		

2

* 平成22年度厚労科研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
「地域健康安全を推進するための人材養成・確保のあり方に関する研究」(研究代表 曾根智史「保健所等の職員(環境衛生監視員)の資質・能力を向上させるための教育研修手法開発に関する研究」分担研究者:鈴木 晃(国立保健医療科学院)一部改編参考

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究(研究代表者:浜松医科大学 健康社会医学講座 教授 尾島 俊之)」において改訂

1

避難所日報 (避難所状況)		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 <input type="text"/>	人
	食事提供人数	約 <input type="text"/>	人	車中泊	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (約 <input type="text"/> 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="text"/>)) ・ <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="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> 無							
医療	救護所設置	<input type="checkbox"/> 有 (所属: <input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> 無						
	巡回診療	<input type="checkbox"/> 有 (所属: <input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> 無						

2

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	男女の別 <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 (<input type="text"/> 基) ・ <input type="checkbox"/> 不足	
トイレ衛生状態		<input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良	歯みがき等の場所 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
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	湿度 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適
	換気	<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	清掃状況 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良
	土足禁止	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	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

(2020年版)

写真送信の場合は再度記載→ 避難所コード

被災者健康相談票(共通様式)

訪問回	初回 ・ ()回
相談日	
時間	

本様式に記入した内容は速やかに「被災者台帳」のデータベース等に入力すること

「被災者台帳」のデータベース等に入力された情報は、本人の同意がなくとも、市町村内部での利用や、他の地方公共団体や登録被災者援護協力団体に提供が可能

基本情報

ふりがな		生年月日	
氏名		性別	
住所			
世帯主			
電話番号		メールアドレス	
居所			
避難場所	避難所・自宅・親戚・知人宅・車中泊・その他(
希望の避難場所	避難所・自宅・応急仮設住宅・災害公営住宅・親戚・知人宅・その他(
家族等の安否		就業の有無	有・無

要配慮者情報

要配慮者		該当・該当なし	
支援者			
区分等	身体障害者手帳(種類・程度)		
	療育手帳		
	精神保健福祉手帳		
	要介護認定区分		
	理解できる言語(外国人の場合)		
	避難時のペット		有・無

各種支援の必要性

トイレ	必要あり・必要なし
食事	必要あり・必要なし
入浴	必要あり・必要なし
移動	必要あり・必要なし

医療の状況

医療サポートの利用状況	
・人工呼吸器	
・在宅酸素	
・透析	
・インスリン注射	
・ストーマ	人工肛門・人工膀胱
・アレルギー除去食	
・その他()	
治療状況	
・通院	継続・中断
・服薬	継続・中断

共通様式・保健師等様式に関する情報の取扱い

関係行政機関、関係保健医療福祉機関、民生委員、社会福祉協議会、自主防災組織その他の支援の実施に携わる関係者への情報提供の同意	同意あり・同意なし
--	-----------

※上記の項目は、「被災者台帳の作成等に関する簡単手引き」(令和7年8月内閣府(防災担当 避難支援室)作成)に記載の標準的なデータ項目に準拠したものである。

被災者健康相談票(保健師等様式)

本様式に記入した内容は「被災者台帳」のデータベース等に入力する必要は無い
ただし、本様式に記入した情報は、本人同意があった提供先のみ提供が可能

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、 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()	医療機関名 被災前： 被災後：
		食事制限 なし あり 内容() 水分()	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)	

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								

個別相談内容

相談内容	支援内容
	今後の支援方針
	解決・継続

避難所等相談対応票

相談場所名

担当者名

令和 年 月 日 ()

番号	氏名	年齢	性別	血圧	内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
0					

*健康相談等に対応した被災者を全て記載する。

避難所(巡回)健康相談実施状況報告書

避難者数: _____人

報告者所属・氏名 _____

年月日	令和 年 月 日 () 天候 ()		実施場所				
従事者数	保健師				その他職種	人数	
	総数	保健所	市町村	応援・派遣者			人
				県内			人
				保健所	市町村	県外	人
	人	人	人	人	人	人	
健康相談 延べ件数	種別		件数		主なケアの内容		
	1 乳幼児・児童						
	2 妊産婦						
	3 成人・老人						
	4 寝たきり						
	5 難病						
	6 その他						
	合計						
継続支援の 必要なケース数		件 (NO. _____)					
不足している物資 (医薬品等)							
健康	問題点等						
	対策・対応						
寝たきり者・車いす使 用者等への対応							
避難所・ 環境等*	問題点(水 道・ガス・ト イレ・電気、 暖房、入浴 等)						
	対策・対応						
その他 必要と思われた情報							
引継事項							

* 避難所・環境等の項目については、様式8避難所生活環境調査票を作成している場合は記載しなくてよい。

*必要に応じ 避難所→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		性別 男・女 その他・無回答	避難所			
			日時 令和	年	月	日AM/PM
M・T・S・H・R		年 月 日生 () 歳	記入者所属・氏名			
住所	自宅：		電話			
	避難先：		電話			
			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						
話がなとまらない・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						
落ち着きがない・じっとできない						

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害被害があった 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、薬がなくなっている（身体の病気も含む） はい いいえ

病名

薬品名

災害時要援護者（高齢者、乳幼児、妊婦、障害者、傷病者、日本語が通じにくい者である） はい いいえ

家族に災害時要援護者がいる はい いいえ

*必要に応じ

スクリーニング質問票(SQD)

実施日：令和 年 月 日

氏名： 年齢： 歳（男・女・その他・無回答）

住所：

備考：

〔質問〕

大震災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 以前は楽しんでできて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

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
過覚醒状態	3,6,7
うつ状態	1,2,3,5,6,10

〈参考〉 災害時こころのチェックリスト

(厚生科学特別研究事業災害時地域精神保健医療活動ガイドラインを改変)

場所		面接日時	年 月 日			
			:	~	:	
対象者氏名		年齢・性別	歳 (男・女)			
(保護者氏名)		電話番号				
記入者所属		記入者氏名				
		非常に	明らかに	多少	なし	
①落ち着かない・じっとできない 「何か、行動をおこさなければ」と、焦りの気持ちを持っていて、動作がせかせかしている。						
②話がまとまらない・行動がちぐはぐ 話題があちこちに飛び、用事を合目的に実行できない。						
③ぼんやりしている・反応がない 話しかけられてもなかなか返事ができず、上の空。甚だしい場合には、茫然自失。						
④怖がっている・おびえている 小さな物音を余震と間違えるなど、普段なら平気な対象を強く恐れる。						
⑤泣いている・悲しんでいる 一見落ち着いていても、ちょっとした声かけに、涙ぐむ場合もある。						
⑥不安そうである・おびえている 具体的に何かを恐れているのではなく、漠然と、現状や先行きを心配だと感じている様子。						
⑦動悸・息が苦しい・震えがある 他覚的に確認されるものでも、自覚的なものでも可。						
⑧興奮している・声大きい 威勢が良く、張り切っている。周囲の事によく気が付くが、イライラと怒りっぽくて、他者を叱責したり、指図したりする。						
⑨災害発生以降、眠れていない 疲れてはいるけれども、緊張や警戒心で寝付けな場合と、「眠らなくても平気」と感じている場合がある。						

*必要に応じ 避難所→情報集約先

食事提供状況把握票

訪問日： 年 月 日		記入者所属・氏名：							
避難所名：		訪問者：							
避難住民数	避難者数 () 名 男性 () 名, 女性 () 名 年齢層 (乳児： 人, 子供 (~15歳)： 人, 高齢者： 人)								
ライフライン	水道 (使用可・使用不可) → 給水車 (有・無) ガス (使用可・使用不可) 電気 (使用可・使用不可)								
支援物資	水 (無・有) → (十分・不十分) → () 水以外の飲料 (無・有) → (十分・不十分) → () 弁当 (無・有) → (十分・不十分) → () 食品 (無・有) → (十分・不十分) → () 食材 (無・有) → (十分・不十分) → () 離乳食・嚥下困難食 (無・有) → (十分・不十分) → () 栄養補助食品・特別用途食品 (無・有) → (十分・不十分) → ()								
食事回数	1日3回 ・ 1日2回 ・ 1日1回 (注：2食分をまとめて配布している場合は2回と数える)								
炊き出し	(行っていない・行っている) → (開始日：令和 年 月 日, 朝・昼・夕) 調理者：行政・自衛隊・ボランティア・避難住民・その他 ()								
食事内容 (*記入日又はここ2~3日の状況をご記入下さい。)		主食		主菜		副菜		その他	
		内容	量	内容	量	内容	量	内容	量
	朝食								
	昼食								
夕食									
特別な配慮が必要な方	乳幼児 (いる ・ いない) () 名 妊産婦 (いる ・ いない) () 名 高齢者等嚥下困難な方 (いる ・ いない) () 名 食物アレルギーがある方 (いる ・ いない) () 名 慢性疾患 (高血圧・糖尿病・腎臓病・人工透析) 等で食事制限が必要な方 (いる ・ いない) () 名 体調不良者 (下痢・便秘・食欲不振等) (いる ・ いない) () 名 その他 () (いる ・ いない) () 名								
衛生管理	保冷設備 (冷蔵庫) の有無 有 ・ 無 (対応：) 食品・食材の在庫管理 (先入れ・先出し) の配慮 有 ・ 無 調理者の健康等に配慮している はい ・ いいえ 清潔な服装で調理に従事している はい ・ いいえ 手指消毒 流水での手洗い 有 ・ 無 (対応：) アルコール消毒 有 ・ 無 (対応：) 2時間以上経った調理済み食品は廃棄している はい ・ いいえ 弁当の消費期限を確認・考慮している はい ・ いいえ その他留意点 ()								
困っていること等									
対応内容・気がついたこと等									

*必要に応じ

避難所→情報集約先

初回 ・ 再

行政区：

巡回栄養相談記録票

相談日：令和 年 月 日 () : ~ : 相談回数：_____回目

訪問区分：_____ 避難所 ・ _____ 仮設住宅 ・ 自宅 ・ 来所面接 ・ 電話相談

記録者：

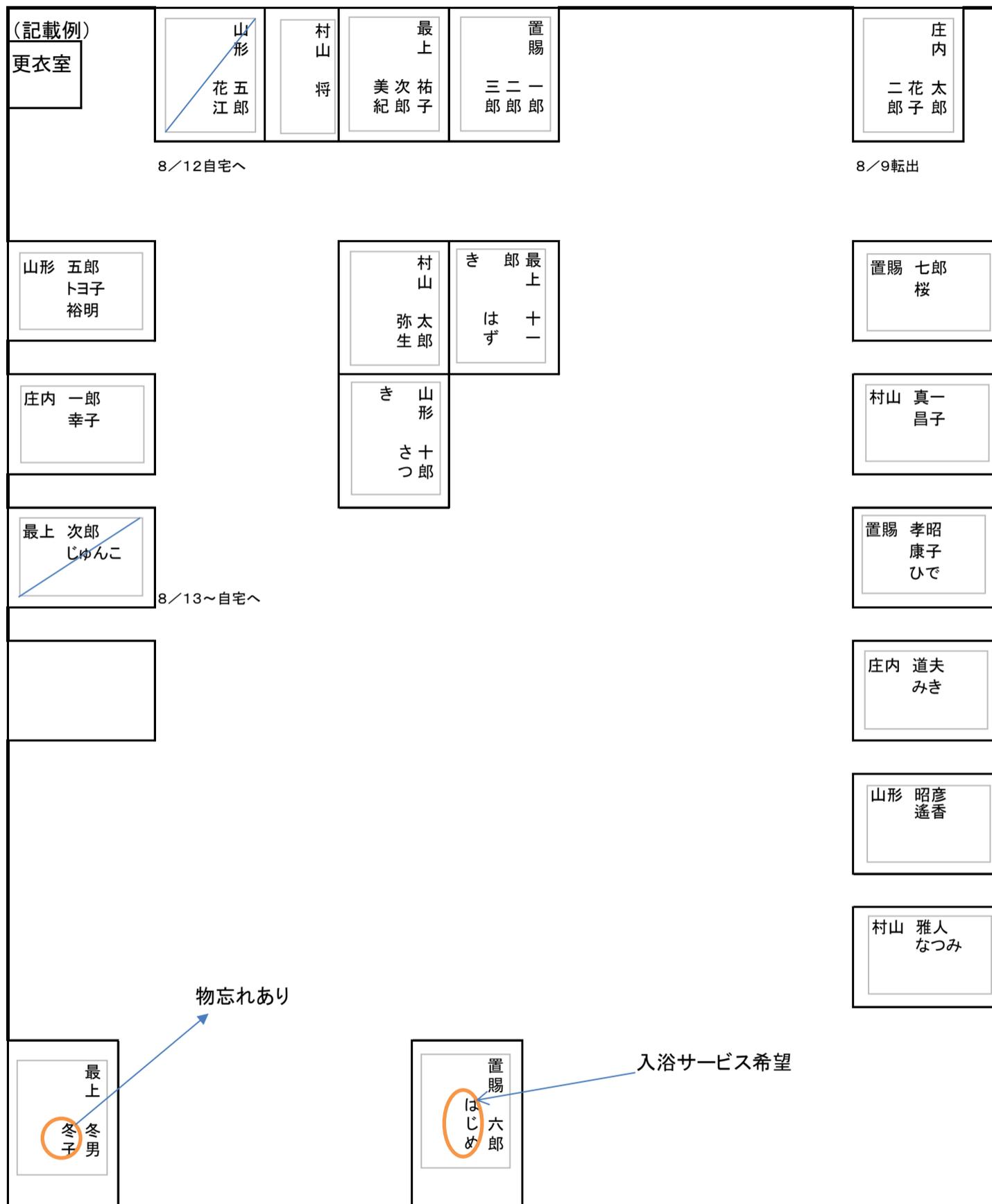
対象者 氏名	男・女	【相談内容】	
生年月日 M. T. S. H. R	年 月 日 歳	1. 妊産婦	
相談者 氏名	(続柄：)	2. 乳児(幼児)	
住所 〒	(連絡先：)	3. 虚弱高齢者	
電話番号	()	4. 慢性疾患患者(高血圧・糖尿病・ その他())	
既往症	【治療中の病気(病名)】	5. アレルギー	
	【治療】	6. その他()	
健康状態	・食事制限：なし・あり (塩分・たんぱく質・エネルギー・その他)	主治医	
	・服薬()	, 定期的に服薬 ・ 飲み忘れあり	
	血圧： / 脈拍： /分 トイレの回数： 回		
食事摂取状況	口腔内の状況：咀嚼・嚥下・歯・その他()	体調：良い・ふつう・不良	体重： kg
		不良の内容：食欲・便秘・疲れやすい	増減(±) kg
	3食の摂取状況	□欠食なし □欠食あり(朝・昼・夕)	
	主食 米・パン・麺類	欠食理由()	
	主菜 肉・魚・卵・大豆製品	□毎食 □2食 □1食 □食べていない	
副菜	緑黄色野菜	□毎食 □2食 □1食 □食べていない	
	その他の野菜・果物	□毎食 □2食 □1食 □食べていない	
	その他(栄養補助食品等)	□なし □あり()	
食環境	食料の調達	□問題なし □問題あり()	
	調理器具・設備	□問題なし □問題あり()	
	(炊き出しの)味付け・量	□問題なし □問題あり()	
	支援者	□なし □あり()	
【食事について困っていること】(本人の訴えなど)			
【巡回時の支援内容】			
支援	支援必要(あり・なし)		
	□継続支援 (何：)	いつ：)	
	□物資支援 (妊産婦・ミルク・ベビーフード(初期・中期・後期・完了期)・高齢者・減塩食・ 糖尿病・腎臓病・消化器系・アレルギー・その他()：(食分)		
□引継ぎ	医療・保健師・その他()	【引継日 年 月 日】	

避難所マップ

令和 年 月 日現在

作成者氏名: _____

避難所名 _____



(出入口)

(出入口)

* 必要に応じ

避難所→情報集約先

相談日:

高齢者等施設への情報提供票

情報提供元 避難所名 連絡先番号	→ 情報提供先
------------------------	---------

記入日		記入者	
ふりがな		性別 男・女 その他 無回答	対象者 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)
対象者 氏名			
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 事項			

* 報告するタイミング：前日の患者数は当日の午前10時まで

避市町村・避難所→保健所

感染症患者発生状況報告書

報告年月日：令和 年 月 日

避難所における下記の症状がある人の人数について、前日の合計人数を報告してください。
(例：4月10日の人数は、4月11日の午前10時頃までに報告)

市町村名

避難所名

避難所名は必ず記入願います。

記載者 (職種) (氏名)

※報告する方が前日と同じ場合は、
避難所名のみでの記入で構いません。

連絡先

1 避難所の状況【令和 年 月 日 現在】

避難者の人数	約 人
避難所のライフライン等 (復旧済のものを○でか こんでください)	電気・ガス・水道・下水道・トイレ (水洗・仮設・その他)

2 患者発生数等【令和 年 月 日 現在】

◆急性呼吸器感染症(インフルエンザや風邪など)

	計
呼吸器症状がある人 (咳・くしゃみ・喉の痛み等)	人
(うち発熱の症状がある人)	(人)

※ 症状がある人が多い場合は、およその人数でも構いません。

◆消化器感染症 (感染性胃腸炎)

	計
消化器症状がある人 (嘔吐・腹痛・下痢等)	人

※ 症状がある人が多い場合は、およその人数でも構いません。

3 その他の特記事項

派遣公衆衛生スタッフ→保健所（公衆衛生スタッフ受入れ担当）

公衆衛生スタッフ活動報告書

年月日	令和 年 月 日 () 天候 ()	派遣日程	/ ~ /
所属	職・氏名		
活動開始時間		活動終了時間	
活動場所			
活動内容	【主に被災者への対応】 ・避難所（健康相談) ・仮設住宅（健康相談 訪問) ・地区活動支援（健康相談) ・職員の健康管理（健康相談) ・要支援者フォロー（健康相談) ・その他 () 【全般的な対応】 ・日常業務支援 () ・その他 ()		
	1日のスケジュール		直近の行事予定 ボランティア等 不足物品 留意事項
健康課題			
その他引継ぎ事項			

派遣公衆衛生スタッフ(班)→健康福祉企画課

被災地支援活動状況

*活動を振り返るため概ね1か月以内に提出

活動期間	山形県チーム 第 班 令和 年 月 日 () ~		被災から 何週目	週目
派遣者所属		派遣者名		
地域・住民の 状況（避難所 の場合は、避 難者の数を記 載・ライフラ イン被災の状 況等）	【避難者数】			
	【ライフライン被災状況】			
	【生活状況】			
公衆衛生課題 （各班が活動 していた際の 公衆衛生課 題）				
活動内容 （活動方法、 関係機関との 連携）				
関係者・関係 機関との連携				
直近の検討課 題及びその対 応の方向性に ついて				

地域基礎状況整理表(公衆衛生スタッフ用)

フェーズ0～1

・災害発生後の地域の健康課題を把握・解決するための災害時保健活動計画の策定や災害時保健活動に必要な人員の算定に必要な情報を収集するための様式である。

地域名		記録日時 令和 年 月 日 時			記録者	
被害状況	死者数	人	行方不明者数	人	対策本部の組織(数・場)	
	負傷者数	人	その他(住民の様子・家屋状況・がけ崩れ等)			災害救助法適用の有無
住民の避難状況	避難所数	ヶ所(備考)			避難していない人の状況	
	場所:	人(状況)				
	場所:	人(状況)				
	場所:	人(状況)				
	場所:	人(状況)				
状況		避難所等で不足している備品、物品				
組織的活動状況	班・組織づくり、リーダーの有無等の状況				組織活動等の状況	
ライフライン・交通の状況		可・不可	不可の場所	見通し等	孤立地域名、遮断道路・通行上の注意・交通機関の機能など	
	電話					
	電気					
	水道					
	ガス					
保健医療福祉の機能やマンパワーの稼働状況	医療機関・救護所(数・場所・名称)				ボランティアを含むマンパワーの種類と数 名称(個人・団体)、人数、支援内容等	
	福祉機関(数・場所・名称)					<input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 心のケアチーム
	在宅ケア(数・場所・名称)					<input type="checkbox"/> その他
必要物品	不足している医薬品・衛生用品など				依頼・調達方法	
食料確保						
情報伝達	住民への情報・伝達すべき内容				要援護者へ配慮した情報伝達手段・内容	
課題と対策	住民のニーズ・優先すべき健康課題				必要な援助・対策 <input type="checkbox"/> 避難所での保健福祉活動 <input type="checkbox"/> 福祉避難所での活動支援 <input type="checkbox"/> 災害時要援護者の安否確認 <input type="checkbox"/> 個別訪問による健康調査 <input type="checkbox"/> 仮設住宅での保健福祉活動 <input type="checkbox"/> 地域での健康教育 <input type="checkbox"/> その他	
	保健活動の方針(責任者:)、指揮命令系統					
必要な人	<input type="checkbox"/> 保健師	名	<input type="checkbox"/> 看護師	名		
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	名	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	名		
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション職種	名				
	<input type="checkbox"/> その他()	名				
	<input type="checkbox"/> 心のケアチーム					
印象・その他申し送り事項等						

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	派遣元自治体名(都道府県名)	派遣元自治体名(市区町村名)
令和 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)	

11	食事状況	食事がとれていますか？	十分か不十分か	十分	不十分	十分	不十分	十分	不十分	十分	不十分								
			不十分【概ね通常の7～6割以下】の場合の理由を記載（①食欲低下②食事が普段と違うため③その他）																
12	体重の増減	体重変化(増減)がありますか？	体重の増減の有無	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある								
			3%(2kg程度)以上の体重の減少か、3%(2kg程度)以上の体重の増加かを記入																
13	摂食行動	身体的に食べることで困っていることがありますか？	摂食に係る困り事の有無	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある								
			困っている場合その内容を記載(①嚥下困難・障害がある、②便秘、③下痢、④口内炎、⑤肌のかさつき、⑥むくみ等)																
14	食事療養	普通の食事ができますか？	食事に関する制限の有無	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある								
			制限がある場合にその内容を記入(①エネルギー、②減塩、③たんぱく質・カリウム④水分、⑤アレルギーによる食事制限がある(卵、乳、その他())、薬剤との食べ合わせへの配慮等)																
15	生活不活発病	車いす、歩行補助具(杖、歩行器)、装具等を使用していますか？	使用の有無	使用しない	使用する	使用しない	使用する	使用しない	使用する	使用しない	使用する								
			使用開始時期(災害前から・災害後から)	震災前・震災後		震災前・震災後		震災前・震災後		震災前・震災後									
16	生活不活発病	災害前より、歩くことが難しくなりましたか？	歩行困難の有無	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある								
			よく動いている(ほとんど横になっていない)																
17	生活不活発病	日中どれくらい体を動かしていますか？	災害前はよく動いていた(ほとんど横になっていなかった)が、現在ではできない																
			災害前も現在も動いていない(ほとんど横になっている)																
18	自覚症状(精神) ※高校生以上	災害後にどれくらいの頻度で次のことがありましたか？	各質問の該当欄に○を記入し、合計欄にて点数化する。	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	
			神経過敏に感じた																
			絶望的だと感じた																
			そわそわ、落ち着かなく感じた																
			気分が沈み込んで、何が起っても気が晴れないように感じた																
			何をしても骨折れだと感じた																
			自分は価値のない人間だと感じた																
合計(0:全くない、1:少し、2:時々、3:たいてい、4:いつも)																			
19	自覚症状(精神) ※中学生まで	災害後にどれくらいの頻度で次のことがありましたか？	各質問の該当欄に○を記入し、合計欄にて点数化する。	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	全くない	少し	時々	たいてい	いつも	
			食欲がない																
			よくおねしょをする																
			よく夜泣きをする																
			いつも親と一緒にいたがる																
			地震について繰り返し話す																
			すぐに怒ったり、興奮しやすい																
			物事に集中しにくい																
			自分にできることもやってもらいたがる																
			がまんしすぎている																
お子さんの心理面・行動で、気になることはありますか？(自由記述)																			
合計(0:全くない、1:少し、2:時々、3:たいてい、4:いつも)																			
20	その他	朝からお酒を飲んでいま	アルコール依存傾向を把握する	震災前から・震災後から		震災前から・震災後から		震災前から・震災後から		震災前から・震災後から									
		20歳以上の方に対して、飲酒状態と開始時期確認する。	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある									
20	その他	死にたいと思ったことは	危死念慮を確認する。	震災前から・震災後から		震災前から・震災後から		震災前から・震災後から		震災前から・震災後から									
		ありますか？	質問18で「要支援:合計13点以上」又は、質問19で「要支援:18点以上」の方に対して確認する。	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある								
特記事項 (調査実施者所見)																			
判定				要支援	3日以内	要支援	3日以内	要支援	3日以内	要支援	3日以内								
				1週間以内	1週間以内	1週間以内	1週間以内												
支援方法				支援の必要なし	1ヶ月以内	支援の必要なし	1ヶ月以内	支援の必要なし	1ヶ月以内	支援の必要なし	1ヶ月以内								
				調査時に解決	調査時に解決	調査時に解決	調査時に解決												
支援方法				支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし	支援の必要なし								

＜参考＞健康調査の実施主体は市町村であるため、
活用にあたって要検討。

調査票記入要領

スクリーニング票は、1世帯1部で作成する。世帯員が4名を超える場合は、複数枚になっても構わない。

○調査実施者・氏名，実施年月日を記入する。

世帯質問項目

【調査世帯】

- 1 調査場所：調査を行った場所に○をつける。
- 2 世帯主：世帯主の氏名をフルネームで記入する。
- 3 行政区：行政区名を記入する。
- 4 世帯番号：調査にあたって整理番号等を付した場合に番号を記入する。（付さない場合は不要）
- 5 住所：住所を記入する。
- 6 電話番号：連絡先となる電話番号を記入する。

【自宅の場合】

- 1 住宅の状況：住宅状況の判定にチェックを入れる。「被災建築物応急危険度判定」によって調査済みの場合は、危険度に応じて紙が貼られているので、該当する色を選択する。



調査が終わっていない場合は、調査者の判断で状況を「損壊なし」「一部損壊あり」「全壊」で選択する。

- 2 水・食事調理状況：該当する部分を選択する。
- 3 トイレ・風呂：該当する部分を選択する。
- 4 ペット：該当する部分を選択する。
- 5 その他特筆事項（困っていることなど）：訴えや様子や状況等を記入する。

個人質問項目

【健康状態質問項目】

- 世帯員との関係，氏名，年齢，性別を記入する。
- 全員に会うことが不可能な場合は，主な面接者に個人の状況について聞き取りを行う。
その場合は，回答者に◎を記入してください。

◆共通項目

- 1 現症・既往：現在の自覚症状について確認し、「ある」場合は「具体的な自覚症状」を確認し，該当する症状の番号を記載する。その他の症状の場合は記載する。
- 2 現病・既往：治療継続が必要な疾患を確認し，病名があるものは番号を記載する。表に病名がないものは，病名を記載する。
- 3 受診状況：通院の有無等を確認し，該当部分をチェックする。
- 4 治療状況：内服状況を確認し，中断に至っていないかを把握する。処方薬の名前も余白等に記入する。
- 5 身体状況：該当する状況について確認し，等級，病名等を記載する。

- 6 生活・介護：生活状況の自立度について該当する部分にチェックする。
- 7 生活・介護：介護・医療サービス等が中断に至っていないかの確認を行い、該当部分をチェックする。
- 8 生活：日常生活用品で不足しているものはないかを確認し、品名を記載し、該当部分をチェックする。
- 9 居場所：深部静脈血栓症（エコノミークラス症候群）のリスク判断と所在地の確認のため、居場所をチェックする。
- 10 歯・口腔：該当部分にチェックする。

◆栄養関係

- 11 食事状況：不十分（概ね通常の7割から6割以下）な場合、その理由として、該当部分をチェックする。
- 12 体重の増減：災害後の体重変化について、元の体重との増減を確認し、基準例【3%（2kg程度）】（体重60kgの場合、その3%は1.8kg、以下体重10kg毎に0.3kg）に照らし合わせて、チェックする。
- 13 摂食行動：困っているかを確認する。症状がある場合は該当部分をチェックする。1の現症も確認する。
- 14 食事療養：食事制限の有無について確認し、該当部分をチェックする。慢性疾患、アレルギー、薬剤等は詳細も記載すること。

◆生活不活発病関係

○災害前、災害後での変化について確認する。

- 15 車いす、歩行補助具、装具等の使用について確認し、該当部分をチェックする。
- 16 歩行困難の有無について該当部分をチェックする。
- 17 日中の活動状況について該当部分をチェックする。

◆こころ・精神

- 18 自覚症状（精神）（対象：高校生以上）

【質問の例】「災害後、今日までの間、これから言う事がどの程度あったかについて教えてください。そのような事が、まったく無かった場合を0点。いつもある場合を4点とすると、大体、何点くらいだと思うか、点数で教えてください。」

【記録の仕方】質問項目毎に、点数を各回答欄（0点は「全くない」、1点は「少し」、2点は「時々」、3点は「たいてい」、4点は「いつも」）に記入し、総得点も計算して合計欄に記入する。

【参考】13点以上の場合、「要支援」と判断する目安とするが、災害後は得点が高くなる傾向がみられることから、訴えや様子等総合的に判断することが大切である。

（全国調査結果から、10点以上の者は全体の8%、13点以上の者は全体の3%である。）

- 19 自覚症状（精神）（対象：中学生以下）

【質問の例】「災害後のお子さんの様子について、これから言う事がどの程度あったかについて教えてください。そのような事が、まったく無かった場合を0点。いつもある場合を4点とすると、大体、何点くらいだと思うか、点数で教えてください。」

【記録の仕方】質問項目毎に、点数を各回答欄（0点は「全くない」、1点は「少し」、2点は「時々」、3点は「たいてい」、4点は「いつも」）に記入し、総得点も計算して合計欄に記入する。

【参考】総得点18点以上の場合、「要支援」と判断する目安とする。

20 その他：

- ① アルコール依存傾向を把握する。20歳以上の方に確認する。
- ② 危死念慮を把握する。

質問18で「要支援：合計13点以上」あるいは、質問19で「要支援：18点以上」の方に対して確認する。

【特記事項】相談内容全体について、訴えや様子、気になることや推測されること、調査時に対応したことなどについて記入する。

【判定】

支援の方向性について当てはまるものを調査者が1つを選択する。

◆要支援…支援が必要な時期に○をつけ、支援分野及び支援内容を下段【支援方法】及び空欄に記載する。

- ・3日以内：緊急に何らかの支援が必要と判断される場合
- ・1週間以内：緊急ではないが、早急に何らかの支援が必要と判断される場合
- ・1ヶ月以内：1ヶ月以内に訪問や電話等で経過確認が必要な場合

◆支援の必要なし

- ・調査時に解決：調査時に情報提供等を行うことで解決が出来た場合
- ・支援の必要なし：健康、もしくは何らかの疾病を有していても治療が継続されていたり、家族や支援者等の支援により日常生活に支障がない場合

応援派遣保健師 → 市町村

年 月 日

担当者：

健康調査（一次スクリーニング）不在者連名簿

	世帯番号	行政区名	世帯主氏名	住所	家屋の状況	備考
1					赤・黄・青・判定未	
2					赤・黄・青・判定未	
3					赤・黄・青・判定未	
4					赤・黄・青・判定未	
5					赤・黄・青・判定未	
6					赤・黄・青・判定未	
7					赤・黄・青・判定未	
8					赤・黄・青・判定未	
9					赤・黄・青・判定未	
10					赤・黄・青・判定未	
11					赤・黄・青・判定未	
12					赤・黄・青・判定未	
13					赤・黄・青・判定未	
14					赤・黄・青・判定未	
15					赤・黄・青・判定未	
16					赤・黄・青・判定未	
17					赤・黄・青・判定未	
18					赤・黄・青・判定未	
19					赤・黄・青・判定未	
20					赤・黄・青・判定未	

*注)「応急危険度判定」：倒壊に伴う2次的被害発生の危険性を判断する 赤：「危険」 黄：「要注意」 青：「調査済」

地震後の健康訪問調査について

〇〇町内会長 様
〇〇市町村〇〇地区の皆様へ

市町村町名
(公印省略)

〇〇地震で被害を受けられた方々にお見舞いを申し上げます。

さて、〇〇市町村では、今回の地震で被災された皆様が一日も早く安心して暮らせるよう健康状態を確認するため、他自治体の保健師や各専門職種の協力を得ながら、家庭訪問を実施しています。

必要に応じて医療や福祉の対応を行いますので、お困りごとについて、気軽にご相談ください。

また、不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。

氏名： が訪問しました。

<問い合わせ先>
〇〇市町村〇〇課
住所：
電話：

地震後の健康訪問調査について

様

〇〇地震で被害を受けられた方々にお見舞いを申し上げます。

さて、〇〇市町村では、今回の地震で被災された皆様が一日も早く安心して暮らせるよう健康状態を確認するため、他自治体の保健師や各専門職種の協力を得ながら、家庭訪問を実施しています。

お身体の調子はいかがでしょうか。

本日は、ご様子をお伺いしたく訪問いたしましたがご不在でした。

体調やストレスなど、心配なことやお困りごとがあれば、どんなことでも結構ですのでお気軽にご連絡ください。

令和 年 月 日 午後・午前 時
訪問者 所属
氏名

<問い合わせ先>
〇〇市町村〇〇課
住所：
電話：

3人目記入欄		2 世帯主・世帯主からみた続柄		3 職業		4 過去1年間に健診(学校、職場、市町村等で実施する健診)を受けましたか。		5 体調はいかがですか。	
1 氏名(性別)・生年月日(年齢)		①世帯主 ②配偶者 ③子 ④子の配偶者 ⑤孫 ⑥父母 ⑦その他 ()		無職の方は該当する項目に☑を入れてください。 ①会社員 ⑦主婦 ②公務員 ⑧学生 ③自営業 ⑨無職 ④パート・アルバイト □ 求職中 □ 病気療養中 ⑤農業 □ 他 ⑥漁業 ⑩その他 ()		①受けた ②受けていない ③分からない 19歳以上の方がお答えください。		①大変よい ②まあよい ③あまり良くない ④とても悪い	
フリガナ									
氏名									
性別	①男性 ②女性								
生年月日	大正・昭和・平成・令和____年____月____日								
年齢	満____歳(11月1日現在)								
6 病気はありますか。 ①ある ②ない → 7にお進みください。				7 こころの問題についてお聞きします。 過去30日間に、どれくらいの頻度で下記のことがありましたか 全ての項目のあてはまるところに○をつけてください。 ない場合は、「全くない」に○をつけてください。				18歳以上の方がお答えください。	
*「①ある」と回答した方は、病名に○をつけてください。				項目				頻度	
病名 →				頻度				全くない	
Oをつけた病気について治療の状況に○をつけてください。				少しだけある				時々ある	
① 糖尿病 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				神経過敏に感じる				たいていある	
② 高血圧 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				絶望的だと感じる				いつもある	
③ がん → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				そわそわ、落ち着かなく感じる					
④ 心疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れない感じがする					
⑤ 脳血管疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				何をしても骨折りだと感じる					
⑥ 呼吸器疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断				自分は価値のない人間だと思う					
⑦ 精神疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断									
⑧ 透析 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断									
⑨ その他 () → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断									
8 現在の状況について、①～⑤に当てはまるものがある場合には、番号に○をつけてください。 体重の増減があった場合にはその量についても記載してください。		9 次のような飲酒の習慣はありますか。 (当てはまる全てに○をつけてください)		10 現在の住宅への転居前に比べて、日頃の生活で体を動かす機会はどうか。		11 自治会や集会所で開催される行事への参加等、地域との交流の場へ参加していますか。		12 悩みなどを相談できる相手はいますか。	
①眠れない		①朝または昼から飲酒することがある		①とても少なくなった		①参加している		①いいえ	
②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がある		②週4日以上かつ1日3合以上飲酒する		②少なくなった		②参加していない		②要支援1	
③食欲がない		③変化なし(もともと少なかった)		③変化なし(よく動いている)		③変化なし(よく動いている)		③要支援2	
④1年前に比べて、体重が減少した (kg減)		④変化なし(よく動いている)		④増えた		④いる		④要介護1	
* 健康のために意識的に減らした場合は除く		* 3合目安: 以下のいずれか。清酒3合、ビール中瓶500ml×3本、焼酎(25度)330ml、ワイン100ml×6杯				⑤いない		⑤要介護2	
⑤1年前に比べて、体重が増加した (kg増)								⑥要介護3	
* 成長期による体重の増加は除く								⑦要介護4	
								⑧要介護5	
								* サービス利用の有無	
								①有り	
								②無し	

記入の御協力ありがとうございました。再度、記入漏れがないかご確認ください。

応急仮設住宅入居者健康調査票

* 調査結果は、健康相談や生活再建に関する支援等を実施し、より充実した体制を整備するための資料とすることとしています。
* いただいた情報を、目的外に使用することはありません。
ただし、上記目的のため、調査結果を、いまお住まいの市町村や住民票のある市町村に提供させていただきますのでご了承ください。
* また、内容について県や市町村の保健師等がご連絡(電話・訪問等)をさせていただきます場合もありますので、よろしくお願いいたします。

記入年月日	令和 年 月 日
-------	----------

4人以上同居している場合には、2枚目を使用してください。

1. 世帯の状況を下記に記載願います。

フリガナ		この住宅に住んでいる人数	人
世帯主氏名			
復興公営住宅	市町名	(差し込み印刷)	
	住宅名	(差し込み印刷)	部屋番号
	電話番号	① - - (携帯電話の場合の持ち主:) ② - - (携帯電話の場合の持ち主:) ③ - - (携帯電話の場合の持ち主:) * なるべく、日中に連絡のつく、複数の電話番号の記載をお願いいたします。	
被災したときの住所	県	市・町・村	

住民票はどちらにありますか。県名、市町村名を下記に記入してください。

県・市町村名	県	市・町・村	区
--------	---	-------	---

復興公営住宅の入居に当たり、一緒にお住まいの方が変わりましたか。どちらかに○をつけてください。

同居している方の変化	変わった	変わっていない
------------	------	---------

山形県・(市町名を差し込み印刷)

現住所	Tel	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 -)	今後必要な対応						

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：

記入者：

仮設住宅地名称： 管理者氏名：	入居者情報
連絡先：	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) ○障がい児・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)
<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(箇所) ●健康教育の開催 なし・あり(箇所) ●支援 なし・あり(箇所) ●医療提供 なし・あり(箇所) 	

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	