

熊本県災害時保健活動マニュアル
別冊資料1 災害時保健活動に関する帳票

災害時保健活動に関する帳票一覧

区分	様式No.	記録様式名	使用目的、用途	作成にあたっての留意事項	ページ
派遣調整等	1	派遣要請票	保健活動支援のための職員派遣を要請するための様式	市町村から保健所を通して県健康福祉部へ要請する。	1
	2	応援・派遣体制	被災地外から可能な職員派遣体制について回答してもらうための	派遣可能な被災地外の市町村、県外自治体に記載を依頼する。	2
	3	応援・派遣の概要	被災地毎に、応援・派遣の概要を記載する。	県健康福祉部から保健所を通して応援・派遣自治体へ通知する。	3
	4	オリエンテーションシート	派遣職員を被災地に派遣する前に被災地の概況等を情報提供する	参考様式として掲載。必要に応じて資料等を追加しオリエンテーションに使用することが望ましい。	4
現地調査	5	地域活動記録	被災市町村の被災状況の全体を把握する。発災直後の先遣隊による現地調査時や必要時に作成する。	市町村毎、または行政区毎など、地域単位で作成する。	6
	6	避難生活環境調査票	避難所の生活・環境状況を把握する。発災直後の先遣隊による現地調査時や必要時(フェーズ毎、また環境変化時)に作成する。	避難所毎に作成する。	7
避難所での活動	7	健康調査連名簿	避難所での健康相談を行う際に、相談内容を記載する。	継続支援が必要な人は「要継続は○」の欄に○を付け、様式○『健康相談票／経過用紙』を作成する。	9
	8	健康相談票／経過用紙	避難所で健康相談を行った人のなかで、継続支援が必要な人の問題点と支援内容等を記録する。	避難所で継続支援が必要な人について個票を起こし、その後の継続訪問についても記載する。	10
	9	避難所情報／ 避難所の避難者情報 (ラピッドアセスメントシート)	避難所における1日の活動内容を記載する。	避難所支援を行った日に、避難所毎に作成する。	12
在宅被災世帯の家庭訪問活動	【再掲】 8	健康相談票／経過用紙	在宅被災者のなかで、継続支援が必要な人の問題点と支援内容等を記録する。	在宅被災世帯の家庭訪問で、継続支援が必要な人について個票を起こし、その後の継続訪問についても記載する。	10
	10	世帯調査票	在宅被災世帯の世帯員の健康状態等を把握する。	世帯に1枚作成。 「要支援者等」欄に記載した者については、様式○「健康相談票／経過用紙」を作成する。	21
	11	健康訪問調査について	被災世帯家庭訪問の際に、訪問の目的、訪問者の身分等を、対象世帯に示すもの。	必要事項を記入のうえ、面接できた世帯に1枚配布。	22

	12	健康訪問調査不在連絡票	被災世帯家庭訪問において、不在世帯の場合に、訪問したことのお知らせと、相談窓口の紹介を行うもの。	必要事項を記入のうえ、不在世帯に1枚配布。	23
	13	被災世帯家庭訪問集計表	被災世帯家庭訪問において、訪問の実績(訪問を行った保健師等の数、訪問世帯数等)を数値で把握する。	毎日、活動終了時に、支援班全員の実績の合計を記載する。	24
	14	要支援者(要経過観察者)台帳	要支援者、要経過観察者を継続的に支援できるよう、台帳に整理するもの。	要支援者、要経過観察者を別々の台帳で管理することを想定している。電子データで管理することを勧める。	25
仮設住宅訪問活動	【再掲】 8	健康相談票／経過用紙	避難所で健康相談を行った人のなかで、継続支援が必要な人の問題点と支援内容等を記録する。	仮設住宅訪問で、継続支援が必要な人について個票を起こし、その後の継続訪問についても記載する。	10
	【再掲】 14	要支援者(要経過観察者)台帳	要支援者、要経過観察者を継続的に支援できるよう、台帳に整理するもの。	要支援者、要経過観察者を別々の台帳で管理することを想定している。電子データで管理することを勧める。	25
	15	仮設住宅入居世帯調査票	仮設住宅入居者の健康状態を把握するもの	仮設住宅の世帯毎に1枚作成する。 「要支援者等」欄に記載した者については、様式○「健康相談票／経過用紙」を作成する。	26
	16	仮設住宅訪問集計表	仮設住宅訪問の実績(訪問を行った保健師等の数、訪問世帯数等)を数値で把握する。	毎日、活動終了時に、支援班全員の実績の合計を記載する。	27
共通	17	活動報告書	1日の活動内容を記録する。	1日の活動実績、今後の課題、引継ぎ事項等を記載する。	28
	18	巡回健康相談実施集計表	避難所巡回、仮設住宅及び被災世帯家庭訪問における相談状況、従事者数等の毎日の集計を行う。	毎日の活動の実績として記録する。	29

(様式1)

市町村→保健所→健康福祉部（担当課）

年 月 日現在

要請番号()

災害時保健活動職員等派遣要請票

【宛先】

熊本県健康福祉部

Mail :

FAX :

【送信元】

保健所

担当者 :

電話 :

FAX :

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）		年 月 日～ 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	☐	24時間もしくは長時間勤務の可能性大
		☐	日中活動が中心
		☐	夜間活動が中心
☐		その他	
職種		保健師・管理栄養士・その他 ()	
人数／日			

被災地以外の県内市町村・他都道府県自治体等→熊本県健康福祉部（担当課）

【宛先】	
熊本県健康福祉部	Mail :
	FAX :
災害時保健活動職員等応援・派遣体制	
【送信元】	
都道府県・市町村名	
所 属 ・ 職	
氏 名	
電 話 番 号	
メールアドレス	
FAX 番 号	
要 請 日 時	年 月 日 時 分
【応援（予定）状況】	
事 項	内 容
派遣可能期間	年 月 日 () ~ 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（*移動日等含まない）
活動体制	☐ 24時間体制（避難所等に宿泊） ☐ 夜間の活動可能 ☐ 長時間の勤務可能 ☐ 早出・遅出の勤務が可能 ☐ 日中活動が中心 ☐ その他
備考	カウンターパートで同自治体職員が応援を行っている場合は、派遣先自治体を記入してください。（ 県・市町村）
*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、調整のうえ、別途詳細についてご連絡させていただきます。	

災害時保健活動職員等応援・派遣の概要	
派遣依頼期間	活動開始日： 年 月 日 活動終了日(予定)： 年 月 日
派遣チーム体制	派遣予定チーム数： チーム（1チーム保健師最低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： 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 ・在宅避難者の健康調査、健康管理 ・被災地公衆衛生活動の統計・資料作成 ・被災地市町村保健活動業務（ロードマップ作成支援、通常業務） ・被災地保健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） ・長時間勤務の可能性あり ・夜間・早出・遅出勤務の可能性あり ・日中活動が中心
携帯品等	・保健活動に必要な物品等 ・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	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 ヶ所、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	熊本県健康福祉部 課（派遣調整チーム） 担当者（ ） 〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1 TEL（ ） FAX（ ） Mail（ ）

オリエンテーションシート

作成日 年 月 日

1 派遣日程

派遣期間 : 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

集合日時 : 年 月 日 () 時

集合場所 :

2 派遣先

派遣先市町村 : 県 市・町・村

現地市町村災害対策本部 :

住 所 _____

TEL _____

Mail _____

担当者 (所属) _____

(氏名) _____

活動予定先 : _____ 避難所 ・ 未定

派遣要請 : あり ・ なし

要請内容

3 チーム編成

所属 (自治体名)	氏名	携帯 TEL/Mail	役職・職種等

宿泊先 : 名称

住所

TEL

4 現地の状況（地図等があれば添付）

【道路状況】

【ライフライン】

【活動予定避難所の状況】

○避難者の状況

○ライフライン

○既に活動している団体等

【その他】

●連絡先：熊本県

担当者

TEL

FAX

Mail

地域活動記録

Fax:

Eメール:

発信元()→送信先()

・災害発生後の地域の健康課題を把握・解決するのに用い、必要に応じて情報集約場所への報告に用いる

活動チーム(保・看・栄・精・事・歯・医・他 ____名)

市町村名 地域名		記録日時 年 月 日 時		記録者 (立場)	
被害状況	死者数 人 負傷者数 人 その他(住民の様子・家屋状況・がけ崩れ等)				対策本部の組織(数・場所)
住民の避難状況	◎避難所数 ヶ所(備考) 場所: , 人(状況) 場所: , 人(状況) 場所: , 人(状況) 場所: , 人(状況) ◎福祉避難所数 ヶ所(備考) 場所: , 人(状況)				避難していない人の状況
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	遮断道路・通行上の注意・交通機関の機能など
	固定電話	可・不可			
	電気	可・不可			
	水道	可・不可			
	ガス	可・不可			
	携帯電話	可・不可			
	FAX	可・不可			
	LGWAN	可・不可			
通信(一般)	可・不可				
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)				
	在宅ケア(数・場所・名称)				
	保健活動(責任者:)				
	被災した保健師等()人				
	出勤保健師数()人・栄養士数()人				
稼働可能な保健師数()人・栄養士数()人					
その他 ()人					
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
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(県・保健所等へ依頼したいこと)
印象・その他申し送り事項等					

避難所生活環境調査票

調査日 年 月 日()

※フェーズ毎に調査し、また環境変化時に随時調査し、更新

調査者 所属
氏名

避難所名		市町村		避難所		避難所の広さ		
フェーズ	区分	迅速に提供 する情報項目	実態		適否(否の場合 対応の緊急性)		否(有)の場合の状況(記入例)	
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逸している。	
	食品の 衛生管理	食料の充足 配給	頻度(回/日 弁当・おにぎり・パン・缶詰・レトルト・惣菜・ミル					
		調理設備の状況			適・否(要緊急・他)			
		〃 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)			
	排泄環境	残品処理状況			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。	
		トイレの設置状況	和式トイレ(男用 個 女用 個)		適・否(要緊急・他)		洋式トイレや障がい者用トイレがないため高齢者の排泄が困難なため洋式の仮設トイレが必要。	
洋式トイレ(男用 個 女用 個)			適・否(要緊急・他)					
障がい者用トイレ(個)			適・否(要緊急・他)					
仮設トイレ(男用 個 女用 個)		適・否(要緊急・他)						
高齢者・乳幼児のオムツ	必要な(高齢者 人 乳幼児 人		適・否(要緊急・他)					
手洗い場の状況	水道水・ポリタンク水・アルコール消毒		適・否(要緊急・他)					
1	排泄環境の 衛生管理	下水放流の可否 (施設管理者に確認)	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。	
		仮設トイレ管理状況 くみ取りの頻度	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 ℃, %		適・否(要緊急・他)		冷房なく日中暑い。熱中症発症のおそれ大きい。	
		粉塵・換気・照明			適・否(要緊急・他)		暖房が優先され窓明け換気ができない。空気悪そう。	
		冷・暖房機(種類・運転)	灯油・ガス・電気ストーブ・エアコン・扇風機その他				ストーブの周囲は暑く、他は十分な暖かさが無い。	
			運転状況(常時・適宜・なし)		適・否(要緊急・他)			
		加湿器(種類・運転)	蒸気(スチーム)式・気化式・超音波式				加湿器がなく、洗濯物を室内に干している。	
			運転状況(常時・適宜・なし)		適・否(要緊急・他)			
		居室の衛生状態			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。	
		寝具の状態	寝具の有無、保温や硬さの状態		適・否(要緊急・他)		寝具不足しており、夜間は十分な温かさが保てない。	
		その他衛生状態	ごみ集積場		適・否(要緊急・他)		ごみ集積場所内での分別が徹底していない。 異臭あり	
			その他(自炊場・他)		適・否(要緊急・他)			
	生活用水の 衛生管理	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。	
		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		—		飼主の組織化がされておらず、把握されていない。	
		同伴者とのゾーニング	有(部屋分け・一角に集約・その他())・無					
		収容場所の確保	有(動物舎・ケージ・保留フック・その他())・無				鳴き声・ペット臭、アレルギー体質者からの苦情有。	
		ペットによる苦情			有・無			
	2	仮設浴場 (シャワー) の 衛生管理	浴室の衛生状態			適・否(要緊急・他)		浴室の排水が滞留しやすい。入浴者数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？
浴槽の衛生状態					適・否(要緊急・他)			
浴槽水の衛生状態					適・否(要緊急・他)			
浴場管理者			管理者(管理記録(有・無)		適・否(要緊急・他)			
生活環境の 改善		居室内温度測定値	日中(℃) 夜間(℃)		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)		毛布使用者から皮膚掻痒感訴えあり、ダニによるものか？	
		衛生害虫被害発生	蚊		適・否(要緊急・他)			
			ハエ・ダニ・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								
乾燥・その他()								
廃棄物の状況	ごみ専用の保管場所		有・無		まとめたごみを保管する場所がなくハエが湧いている。			
プライバシー・騒音等苦情			有・無					

※平成22年度厚労科学研究費補助金(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」(研究代表者 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

施設の見取り図(屋内・外の状況)

(様式7)

健康調査連名簿 (用途: 全員把握、乳幼児、高齢者、その他)

・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	援助内容	要継続は○	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														

健康相談票 回 ()		方法 ・面接 ・訪問 ・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)		
						相談日	年 月 日	
保管先						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	
	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 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		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、		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		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)				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食べにくい/むせや咳き込み/口の渇き/入れ歯の不具合⑯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	その他
	自立							
	一部介助							
	全介助							
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			

健康相談票経過用紙		避難場所名	氏名	No.
月 日	相談方法	相談内容	指導内容（今後の計画を含む）	担当者

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)		人	避難者数 (施設内)	夜: 約		人	昼: 約		人
	食事提供人数	約		人	車中泊	□無・□有 (約 人)				
	避難所運営組織	□有 (組織: □自治組織・□自治体・□学校・□その他 ()) ・ □無								
	外部支援・ボランティア	□有 (種類(職種)・人数:) ・ □無								
医療	救護所設置	□有 (所属:) ・ □無								
	巡回診療	□有 (所属:) ・ □無								

2

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

(2020年版)

写真送信の場合は再度記載→

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

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
高齢者(65歳以上)	人	人
うち75歳以上	人	人
要介護認定者	人	人
妊婦	人	人
じょく婦	人	人
乳児	人	人
幼児・児童	人	人
うち障害児・医療的ケア児	人	人

	人数	うち要継続 支援人数
障害者	人	人
身体障害者	人	人
知的障害者	人	人
精神障害者	人	人
難病患者	人	人
在宅酸素療法・呼吸器療法	人	人
透析(腹膜透析含む)	人	人
アレルギー疾患	人	人

	人数	うち要継続 支援人数
服薬者	人	人
降圧薬	人	人
糖尿病薬	人	人
向精神薬	人	人
他の治療薬	人	人
その他	人	人
要継続支援合計 人数(実人数)	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)	

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 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

避難所コード

□の欄は、使用可能・該当・対応済であれば、✓を入れてください

* A: 充足 B: 改善の余地あり C: 不足 D: 不全

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

調査日	2	0		年		月		日	#A-D 選択式の項目が全て A 評価になるまで 連日記入 # 人数は概算可
	A M		P M			時		分	

調査者氏名		調査者所属	
電話連絡先			

[illegible]

避難所運営組織	☐	代表者名	
---------	--------------------------	------	--

避難者数 (A)				内訳 男性 (人)				内訳 女性 (人)			
-------------	--	--	--	--------------	--	--	--	--------------	--	--	--

食事提供人数 (B)	避難所以外の避難者数 (推計) ※食事提供数 (B) - 避難者数 (A)			
---------------	--	--	--	--

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)					夜間人数 (人)					車中泊人数 (人)				
	75 歳以上 (人)					未就学児 (人)					乳児 (人)				

ライフライン / 通信	飲料水	A ~ D		食事	A ~ D		使用可能トイレ		A ~ D	
	電気	A ~ D		ガス	A ~ D		生活用水		A ~ D	
	固定電話	☐	携帯電話		☐	衛星電話		☐	データ通信	☐

医療支援	救護所設置	☐	医療チームの巡回	☐
------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

避難所の 環境	過密度	A～D		毛布等寝具	A～D		室温度管理	A～D		手洗い環境	A～D	
	トイレ 掃除	☐	土足禁止	☐	下水	☐	ごみ 集積場所	☐	館内 禁煙	☐	ベット 収容所	☐
	男女別 更衣室	☐	男女別 トイレ	☐	男女別 居住スペース	☐	授乳室等 母子専用スペース	☐	障害者用 トイレ	☐		
	感染予防・ 清掃用物品	☐	パーティション による区切り		☐	段ボールベッド	☐					

[illegible]

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ないことを留意し、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	- 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	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	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	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	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	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	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	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、H I V、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	・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	・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	・下記の例示やその他の何らかの支援が必要な者 ・小部屋等の避難スペースの確保が必要な者 ＊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 ＊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 ・退所にあたって福祉的支援が必要な者 ＊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	・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。

施設・避難所等ラピッドアセスメントシート」の評価

A：充足 B：改善の余地あり C：不足 D：不全

飲料水

- A. 1人当たり食事とは別に1日3L以上の飲料水量がある
- B. 1人当たり食事とは別に1日2L以上の飲料水量がある
- C. 1人当たり食事とは別に1日1L以上の飲料水量がある
- D. 1人当たり食事を入れて1日1L程度の水分摂取量がある

食事

- A. 米飯やパンなど主食が1日3回以上、おかすが1回以上避難者全員に提供されている（カレー、トン汁、弁当等含む）
- B. 米飯やパンなど主食が1日3回避難者全員に提供されている
- C. 米飯やパンなど主食が1日1～2回避難者全員に提供されている
- D. 避難者が持参した食料をそれぞれで食べている

トイレ

- A 避難者全てが昼夜問わず不安を感じずにトイレを使用している
- B. 男女別になっており、女性用が男性用に比べて3倍の個室トイレがある
- C. 避難者20人につき1台の個室トイレがある
- D. 避難者50人につき1台の個室トイレがある

燃料

- A 避難者全ての食事を1日2～3回調理し、暖をとるだけの燃料がある
- B. 避難者全ての食事を1日1回は調理し、暖をとるだけの燃料がある
- C. 授乳器具を煮沸消毒するだけの燃料がある
- D. 携帯用燃料を一部の避難者が持っている

生活用水

- A. 食器を十分に洗浄できるだけの量がある
- B. 調理器具を十分に洗浄できるだけの量がある
- C. 避難者全員が毎回トイレの後手を洗う事ができるだけの量がある
- D. 避難者全員が1日1回はトイレの後手を洗う事ができるだけの量がある

過密度

- A. 避難者全てが世帯ごとに最低限の身の回りのものを置くスペースと足を伸ばして寝るスペースを持ち、子どもと大人が手を繋いで歩けるだけの幅の通路が全ての出入り口まである
- B. 避難者全てが最低限の身の回りのものを置くスペースと足を伸ばして寝るスペースを持っている
- C. 避難者全てが毛布 1 枚分のスペースを持っている
- D. 世帯の誰かは自宅や車など避難所外で寝ている

毛布など寝具

- A. 避難者全てに最低 1 枚ずつの季節に合った敷く物と掛ける物が渡っており、必要時交換できるだけの予備がある
- B. 避難者全てに最低 1 枚ずつの季節に合った敷く物と掛ける物が渡っている
- C. 避難者全てに毛布が 1 枚は渡っている
- D. 要支援者には毛布が 1 枚は渡っている

室温温度管理

- A. 施設内全体で、空調システムが機能している
- B. 扇風機やスペースヒータなど、部分的な空調機器が各世帯にある
- C. 扇風機やスペースヒータなど、部分的な空調機器が要配慮者のいる各世帯にある
- D. 居住スペースの天井までの高さが 2m 以上あり、その空間全体を換気することができる

手洗い環境

- A. 排水機能のある手洗い場所が、トイレ付近・洗面施設・調理場すべてに 1 つはある
- B. 排水機能のある手洗い場所が、トイレ付近・洗面施設・調理場いずれかに 1 つはある
- C. 使い捨ておしぼりや手指消毒剤が、トイレ付近・洗面施設・調理場すべてに 1 つはある
- D. 使い捨ておしぼりや手指消毒剤が、トイレ付近・洗面施設・調理場いずれかに 1 つはある

【参考】ラピッドアセスメントシートについて

「令和 4 年 7 月 22 日付け科発 0722 第 2 号」厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療福祉活動体制の整備について」において、保健・医療・福祉分野の関係者が共通で把握しなければならない事項として、活用が推奨されている被災者及び避難所に関するアセスメント様式。

この情報は、D24H（災害時保健医療福祉活動情報支援システム）をとおして、リアルタイムに共有され、人的・物的支援等の迅速なアクションに繋げることができる。

能登北部地震においても、共通様式として活用された。

世帯調査票

調査年月日 年 月 日(訪問 電話 その他) 調査者名: (所属:)
 訪問の場合: 在 不在(不在連絡票投函: 有 無)

1 世帯の状況

(行政区) 住 所	(区)				所在地	1 自宅 2 避難所 3 車中 4 テント 2・3・4は(場所) 5 その他()
T E L (携帯)	TEL: 携帯:(連絡を取りやすい方) 番号				被災状況	家屋(全壊・半壊・一部損壊・なし) 浸水(床上・床下・なし)
英字	(ふりがな) 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	職 業	健康状態(疾病、主訴等) (食事、睡眠、清潔、排泄等含む)
家族構成(被調査者に○)	A	男・女	世帯主	T・S・H・R 月 日 (歳)		
	B	男・女		T・S・H・R 月 日 (歳)		
	C	男・女		T・S・H・R 月 日 (歳)		
	D	男・女		T・S・H・R 月 日 (歳)		
	E	男・女		T・S・H・R 月 日 (歳)		
	F	男・女		T・S・H・R 月 日 (歳)		
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				
災害の影響		家族状況変化: 無・有()、仕事状況変化: 無・有()、その他()				

2 生活環境について

特記事項

清潔	飲料水	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
	手洗い	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
	入浴	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
食生活		0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
環境	トイレ	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
	ゴミ	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	
	下水	0 問題なし	1 問題あり	2 早急に改善の必要あり	

3 要支援者等(上記家族構成のうちで、継続的に支援が必要な方(パターン1と2^(※)両方)について記載)

英字	身体・精神状況	受診状況・ 社会資源活用状況	今後必要とする支援内容	パターン ^(※)	健康相談票 の作成有無
	被災後出現症状(有・無) 「有」→症状()			1・2	有・無
	被災後出現症状(有・無) 「有」→症状()			1・2	有・無
	被災後出現症状(有・無) 「有」→症状()			1・2	有・無

※「パターン1」=今までフォローが無く、今回の訪問で新たに支援が必要と思われる者:「要支援者」
 「パターン2」=今までフォローはされているが、経過をみる必要があると思われる者:「要経過観察者」

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

健康訪問調査について

市・町・村民の皆様へ

〇〇市・町・村長 〇〇〇〇
(公印省略)

このたび発生しました災害で被害を受けられた方々にお見舞を申し上げます。
さて、〇〇市(町、村)では、被災された皆様が一日も早く安心して暮らしていただけるようせるよう、他自治体の保健師(や専門職)の協力を得ながら、
家庭訪問を実施しています。

お困りごとについて、お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。

本日は、

担当： 〇〇市・町・村 氏名 () が

訪問しました。

年 月 日

<連絡先>

〇〇市・町・村〇〇〇〇課

担当：〇〇〇〇〇

住所：〇〇市〇〇〇〇××番地

電話：×××-×××-××××

＜健康訪問調査不在連絡票＞

_____様

〇〇市・町・村長 〇〇〇〇
(公印省略)

このたび発生しました災害で被害を受けられた方々にお見舞を申し上げます。
さて、〇〇市(町、村)では、被災された皆様が一日も早く安心して暮らしていただけるよう、他自治体の保健師(や専門職)の協力を得ながら、家庭訪問を実施しています。
お困りごとについて、お気軽にご相談ください。

本日は、

() 県・市・町・村から、応援に来ています保健師の
(氏名) が、訪問しましたが、お留守でした。

* ご心配な事などございましたら、下記までご連絡ください。

年 月 日

＜連絡先＞

〇〇市・町・村〇〇〇〇課

担当：〇〇〇〇〇

住所：〇〇市〇〇〇〇××番地

電話：×××-×××-××××

所属名		項目	月日 (曜日) (発災後)	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日	月 日 () ()日		
					初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続	初回	継続
熊本県支援	市町村	訪問者(保健師等)数																																
		訪問先(行政区名)																																
		会えた世帯数																																
		不在世帯数																																
		総訪問世帯数																																
	県	訪問者(保健師等)数																																
		訪問先(行政区名)																																
		会えた世帯数																																
		不在世帯数																																
		総訪問世帯数																																
	小計 (熊本県支援)	訪問者(保健師等)数																																
		会えた世帯数																																
		不在世帯数																																
		総訪問世帯数																																
	その他の支援		訪問者(保健師等)数																															
			訪問先(行政区名)																															
			会えた世帯数																															
			不在世帯数																															
			総訪問世帯数																															
小計 (その他の支援)		訪問者(保健師等)数																																
		会えた世帯数																																
		不在世帯数																																
		総訪問世帯数																																
合 計		訪問者(保健師等)数																																
		会えた世帯数																																
		不在世帯数																																
		総訪問世帯数																																

要支援者台帳

※ 使いやすいように、修正して活用してください。

No.	行政区	性別	生年月日	年齢	職業	訪問・ 面接月 日	身体・精神状況	受診状況・ 社会資源活用状況	今後必要とする支 援内容	初回訪問の結果						継続支援		
										主たる疾 病名①	治療状況 ①	主たる疾 病名②	治療状況 ②	被災後 症状出現		訪問・面接 等月日	訪問・面接状況	次回支援の時期・方法
														(有・無)	有りの場合、 具体的に			
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															
			T S H R															

仮設住宅入居世帯調査票

(様式 15)

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		被災状況		全壊 ・ 大規模半壊 ・ 半壊		
緊急連絡先		氏名		続柄 住所 TEL(携帯)		
家族構成・被調査者に○印	氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	職 業	健康状態(疾病、主訴)
	A			T・S・H・R		
	B			T・S・H・R		
	C			T・S・H・R		
	D			T・S・H・R		
	E			T・S・H・R		
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
--------	-----------------------------

仮設住宅訪問集計表

(様式16)

所属名		項目	月 日	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
			曜 日	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続	初 回	継 続
熊 本 県 支 援	市町村	訪問者(保健師等)数																															
		訪問先(仮設住宅名)																															
		会えた世帯数																															
		不在世帯数																															
		総訪問世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	県	訪問者(保健師等)数																															
		訪問先(仮設住宅名)																															
		会えた世帯数																															
		不在世帯数																															
		総訪問世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		訪問者(保健師等)数																															
		訪問先(仮設住宅名)																															
		会えた世帯数																															
		不在世帯数																															
		総訪問世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	小計 (熊本県支援)	訪問者(保健師等)数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		会えた世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		不在世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		総訪問世帯数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		そ の 他 の 支 援		訪問者(保健師等)数																													
訪問先(仮設住宅名)																																	
会えた世帯数																																	
不在世帯数																																	
総訪問世帯数	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	訪問者(保健師等)数																																
	訪問先(仮設住宅名)																																
	会えた世帯数																																
	不在世帯数																																
	総訪問世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
小計 (その他の支援)	訪問者(保健師等)数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	会えた世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	不在世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	総訪問世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	合 計		訪問者(保健師等)数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
会えた世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
不在世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
総訪問世帯数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

活動報告書

(様式 17)

年 月 日 ()		活動時間： : ~ :		
メンバー氏名 (所属名 (氏名))				
活 動 内 容	午前			
	家 庭 訪 問 (人)	訪問総世帯数		会えた世帯 () 会えない世帯数 ()
		訪問件数〔会えた世帯の内訳 (人数)〕		() 件
		乳幼児		特記事項：
		高齢者		
		妊産婦		
		単身者		
		障がい者		
		要介護		
		感染症		
		その他		
	仮 設 住 宅 訪 問 (人)	訪問総世帯数		会えた世帯 () 会えない世帯数 ()
		訪問件数〔会えた世帯の内訳 (人数)〕		() 件
		乳幼児		特記事項：
		高齢者		
妊産婦				
単身者				
障がい者				
要介護者				
感染症				
その他				
避難所	面接者数 () 人 特記事項：			
その他の活動				
今後、検討が必要な事項				
引継ぎ事項				
備考				

年 月 日 （曜）	対 応 場 所		箇 所 数	巡回相談状況														従事者種別数																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
				件数		種別												保健師		心理士	栄養士	歯科衛生士	その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				実	延	乳 幼 児	高 齢 者	妊 産 婦	単 身 者	障 が い 者	要 介 護 者	感 染 症	その他						市 町 村				熊 本 県																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									