

(別添1)

避難者に関するアセスメント調査票

調査票を配布した避難所名：

被災者アセスメント調査票

この調査票は、被災状況を直ちに把握し、適切に関係機関と共有することを目的とした調査票であり、本調査票に記載いただいた情報の共有に当たっては、災害時における支援活動のために使用いたします。

記入者のお名前：	記入日時： 月 日 時 分
記入者の生年月日：	年齢： 性別：
自宅住所：	固定電話：
	携帯電話：
記入者を含む被災された方の世帯人数：	

1 被災状況

被災により使用できなくなったライフライン	ガス 水道 電気 下水道 固定電話 携帯電話 インターネット通信
家屋(建物)の被害の状況	家屋に極めて大きな被害があった (家が流れてしまった、家が倒壊した、家が土砂によって埋没したなど) 家屋に修繕が必要な程度の大きな被害があった(瓦が落ちた、外壁がはがれたなど) 家屋に被害があった 被害の概況： 被害はなかった

2 現在の御自身の状況や、御自身と一緒に避難している御家族の状況

現在の宿泊場所	避難所	自宅	知人宅	車中泊	その他
避難所の利用	利用している 〔 応急給水 食事 トイレ 生活物資 入浴 行政やボランティア等から提供される各種の情報 利用していない 〕				
医療サポートを利用されているか。	人工呼吸器 在宅酸素 透析 インスリン注射 緊急性のある精神疾患 緊急治療歯科疾患 要緊急処置妊婦 定期的投薬が必要（現在、〔 中断 ・ 継続 〕） 降圧薬 糖尿病 向精神薬 その他 〔 医薬品名： 〕				
かかりつけの医療機関名					
訪問看護などの医療サービスを利用されているか	有 〔 利用している事業所名： 〕 無				
妊産婦や乳幼児の方がいるか	有 無	食物アレルギーを有しているか	有 〔 原因食物 〕 無		
要介護(支援)認定を受けているか	有 (要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 介護区分不明) 〔 利用している居宅介護支援事業所名： 〕 無				
障害等手帳をお持ちか	有 〔 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳 〕 〔 具体的な障害の種類等： 身体障害 知的障害 精神障害 発達障害 〕 無				
デイサービス・ヘルパーなどの福祉サービスを利用されているか	有 〔 被災前と変わらず利用の見通しが立っている 利用の見通しが立たない わからない 〕 〔 利用している事業所名： 〕 無				
その他					

本調査票に記載した情報を、地方自治体が設置する避難所の管理者、当該地方自治体の災害対策本部及び保健医療福祉調整本部等において共有することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

(別添 2)

施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

ver.20210907

□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 AM PM 時 分 #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

調査者氏名 調査者所属 電話連絡先

施設名 所在地 固定電話 携帯電話 FAX

避難所運営組織 代表者名

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

ライフライン / 通信 飲料水 A~D 電気 A~D 固定電話 携帯電話 衛星電話 データ通信 食事 A~D ガス A~D 使用可能トイレ A~D 生活用水 A~D 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 ゴミ集積場所 館内禁煙 ペット収容所 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

伝達事項

災害診療記録2018 外傷版 (緊急処置と外傷評価) (裏)

項目は、 および必要記入項目です。

改訂日：2018/10/31

A 気道の異常

口腔内吸引 エアウェイ
 気管挿管 (挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)
 輪状甲状靭帯切開 (気切チューブ 内径 mm カフ ml)

B・Cの異常

酸素投与(L/分)
 胸腔ドレナージ(右 左 両側 サイズ Fr 吸引圧 cmH2O)
 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)
 人工呼吸(F_iO₂ TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O)

Cの異常

圧迫止血 細胞外液輸液 心電図モニター
 心嚢穿刺・切開ドレナージ 胸部X線撮影 骨盤X線撮影
 骨盤シーツラッピング TAE 外科的治療 四肢の循環障害

Dの異常

酸素投与(L/分)
 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)
 頭部CT検査

その他の処置

末梢ルート①(G 右 左 上肢 下肢) ②(G 右 左 上肢 下肢)
 NG チューブ(Fr cm固定) 尿道バルーンカテーテル Fr
 動脈ライン(右 左 上肢 下肢) 末梢血検査 血液ガス分析
 創傷処置()
 投与薬物()

受傷機転

傷病分類 頭頸部(頭部外傷 頸部外傷 頸椎・頸髄損傷)

顔面(骨折 眼損傷 耳損傷 鼻出血 口腔損傷)
 胸部(フレイル chests 肋骨骨折(多発) 血胸 気胸)
 腹部(腹腔内出血 腹膜炎(腹部反跳痛 筋性防御) 腎・尿路損傷(肉眼的血尿))
 四肢と骨盤(両側大腿骨骨折 開放性骨折 脱臼 切断 骨盤骨折(不安定型))
 体表(剥皮創 穿通創 挫創 熱傷(Ⅱ度 Ⅲ度 面積 % 気道熱傷有)
 圧挫症候群 胸・腰椎(髄)損傷 低体温 汚染(化学物質 放射線)
 その他の傷病名(身体所見) ()

必要な治療・処置

外科的治療(緊急手術を要す、待機的手術を要す) 輸血 動脈塞栓術(TAE)
 創外固定 直達牽引 創傷処置 除染(化学物質 放射性物質)
破傷風トキソイド 抗破傷風免疫グロブリン
 その他()

診断、特記事項等(自由記載)



メディカルID＝西暦生年月日8桁＋性別＋氏名カタカナ上位7桁 例)1950年09月08日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ⇒ 19500908Mトヨトミヒデヨ

メディカルID							M						
							E						

災害診療記録2018(精神保健医療版)

改訂日：2018/10/31

精神保健医療版J-SPEED あてはまるもの全てに☑			相談対応日	西暦・平成 年 月 日			
年齢	_____歳		相談者氏名	(フリガナ) _____			
	☐ 0歳 ☐ 1~14歳 ☐ 15~64歳 ☐ 65歳~						
性別	1	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日			
	2	<input type="checkbox"/> 女					
属性	3	<input type="checkbox"/> 支援者	住所				
対応した場所	4	<input type="checkbox"/> 避難所					
	5	<input type="checkbox"/> 病院・救護所					
	6	<input type="checkbox"/> 自宅					
	7	<input type="checkbox"/> その他					
	8	<input type="checkbox"/> 眠れない	避難所・救護所名				
精神的健康状態	本人の訴え	9	<input type="checkbox"/> 不安だ	[携帯]電話番号			
		10	<input type="checkbox"/> 災害場面が目につく	既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
		11	<input type="checkbox"/> ゆうつだ				
		12	<input type="checkbox"/> 体の調子が悪い	内服薬			
		13	<input type="checkbox"/> 死にたくなる				
		14	<input type="checkbox"/> 周りから被害を受けている	生活歴			
		15	<input type="checkbox"/> 物忘れがある				
		16	<input type="checkbox"/> その他				
		行動上の問題	17		<input type="checkbox"/> 話がまとまらない		
			18		<input type="checkbox"/> 怒っている		
			19		<input type="checkbox"/> 興奮している		
			20		<input type="checkbox"/> 話しすぎる		
			21		<input type="checkbox"/> 応答できない		
			22		<input type="checkbox"/> 徘徊している	被災状況： <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷	
			23		<input type="checkbox"/> 自傷している	<input type="checkbox"/> 家屋の損壊または浸水	
			24		<input type="checkbox"/> 自殺を試みる	家 族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	25		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力をふるう				
	26		<input type="checkbox"/> 酒をやめられない				
	27		<input type="checkbox"/> その他				
	ICD分類 (医師による診断)	28	<input type="checkbox"/> F0: 認知症, 器質性精神障害	現病歴			
		29	<input type="checkbox"/> F1: 物質性精神障害				
		30	<input type="checkbox"/> F2: 統合失調症関連障害				
		31	<input type="checkbox"/> F3: 気分障害				
		32	<input type="checkbox"/> F4: 神経症, ストレス関連障害				
		33	<input type="checkbox"/> F5: 心身症				
		34	<input type="checkbox"/> F6: 人格・行動の障害				
		35	<input type="checkbox"/> F7: 知的障害<精神遅滞>				
		36	<input type="checkbox"/> F8: 心理的発達障害				
		37	<input type="checkbox"/> F9: 児童・青年期の障害				
		38	<input type="checkbox"/> F99: 診断不明				
39		<input type="checkbox"/> G40: てんかん					
必要な支援	40	<input type="checkbox"/> 精神医療	対応・引継 (処方内容含む)				
	41	<input type="checkbox"/> 身体医療					
	42	<input type="checkbox"/> 保健・福祉・介護					
	43	<input type="checkbox"/> 地域・職場・家庭等での対応					
対応	44	<input type="checkbox"/> 処方					
	45	<input type="checkbox"/> 入院・入所					
	46	<input type="checkbox"/> 地域の保健医療機関へ紹介・調整					
転帰	47	<input type="checkbox"/> 傾聴・助言等					
	48	<input type="checkbox"/> 支援継続					
災害と精神的健康 状態の関連 (医師による判断)	49	<input type="checkbox"/> 支援終了					
	50	<input type="checkbox"/> 直接的関連					
	51	<input type="checkbox"/> 間接的関連					
	52	<input type="checkbox"/> 関連なし	精神科的緊急性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
所属チーム名			相談者への対応者名				
			医師	看護師(保健師含む)	業務調整員		
メディカルID				d F			

(別添4)

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		
じょく婦	人	人	難病患者	人	人	他の治療薬	人		人		
乳児	人	人	在宅酸素療法・呼吸器療法	人	人	その他	人	人			
幼児・児童		人	人	透析(腹膜透析含む)	人	人	要継続支援合計 人数(実人数)		□□□□ 人		
	うち障害児・医療的ケア児	人	人	アレルギー疾患	人	人					

特記事項	
------	--

◆対応すべきニーズがある者◆ *まだ解決しておらず、速やかに対応しなければならないニーズがある避難者数を記載する。

	該当	特記事項(→左の欄のその内容、アセスメント等記載)
医療ニーズのある者	□無・□有 □□□□ 人	
うち医薬品がない者	□無・□有 () 人	

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	
---------	--

健康相談票		方法		対象者		担当者（自治体名）					
初回	（ ）回	・面接 ・訪問 ・電話 ・その他	乳児	幼児	妊婦	産婦	高齢者	相談日	年	月	日
保管先			障害者	その他（		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				・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										
個別相談活動	備考 必要器具など										
	相談内容				支援内容						
					今後の支援方針						
					解決 継続						