

(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 _____