

宮城県災害時公衆衛生ガイドライン

【別冊】資料編

目次

第1節 災害時公衆衛生活動に使用する帳票類

1 様式一覧

災害時公衆衛生活動に関する帳票類一覧	2
災害時公衆衛生活動に使用する各種帳票の流れ	3

2 様式

様式1	保健医療福祉関係施設被害状況調査連絡票	4
様式2	災害時公衆衛生活動スタッフ等応援要請票	6
様式3	災害時公衆衛生スタッフ派遣体制	7
様式4	災害時公衆衛生スタッフ応援要請の概要	8
様式5	公衆衛生スタッフ配置計画表	9
様式6	施設・避難所等ラピッドアセスメントシート	10
様式7	避難所生活環境調査票	11
様式8-1	避難所日報(避難所状況)	13
様式8-2	避難所日報(避難者状況)	14
様式9	避難所健康状況連名簿	15
様式10	健康相談票	16
様式11	経過用紙(健康相談)	17
様式12	避難所等相談対応票	18
様式13	避難所(巡回)健康相談実施状況報告書	19
様式14	災害直後見守り必要性のチェックリスト	20
様式15	スクリーニング質問票(SQD)	21
様式16	食事提供状況把握票	22
様式17	巡回栄養相談記録票	23
様式18	避難所マップ	24
様式19	高齢者等施設への情報提供票	25
別紙様式	感染症患者発生状況報告書	26
様式20	公衆衛生スタッフ活動報告書	27
様式21	被災地支援活動状況	28
様式22	地域基礎状況整理表(コーディネーター用)	29
様式23	健康調査(一次スクリーニング)票、記入票記入要領	30
様式24	健康調査(一次スクリーニング)不在世帯連名簿	35
様式25	健康調査(一次スクリーニング)集計表(担当者用)	36
様式26	健康調査(一次スクリーニング)集計表(総括者用)	37
様式27	健康訪問調査のお知らせ(町内会・地区住民向け)	38
様式28	健康訪問調査のお知らせ(不在世帯向け)	39
様式29	健康と生活に関する調査票	40

第2節 参考資料

1	宮城県市町村・保健福祉事務所（保健所）位置図	44
2	市町村の面積・世帯数・人口・高齢化率・出生率一覧	45
3	市町村・保健福祉事務所（保健所）災害時保健活動担当課一覧	46
4	関係機関一覧	47
5	心の相談機関一覧	48
6	携帯品一覧	49
7	応援・派遣公衆衛生スタッフ受入れ時のオリエンテーション資料	50
8	保健師以外の公衆衛生スタッフの行う支援	52
9	災害時における被災地外からの支援チーム等一覧	53
10	災害時の公衆衛生活動に関連する法令等	55

災害時公衆衛生活動に関する帳票類

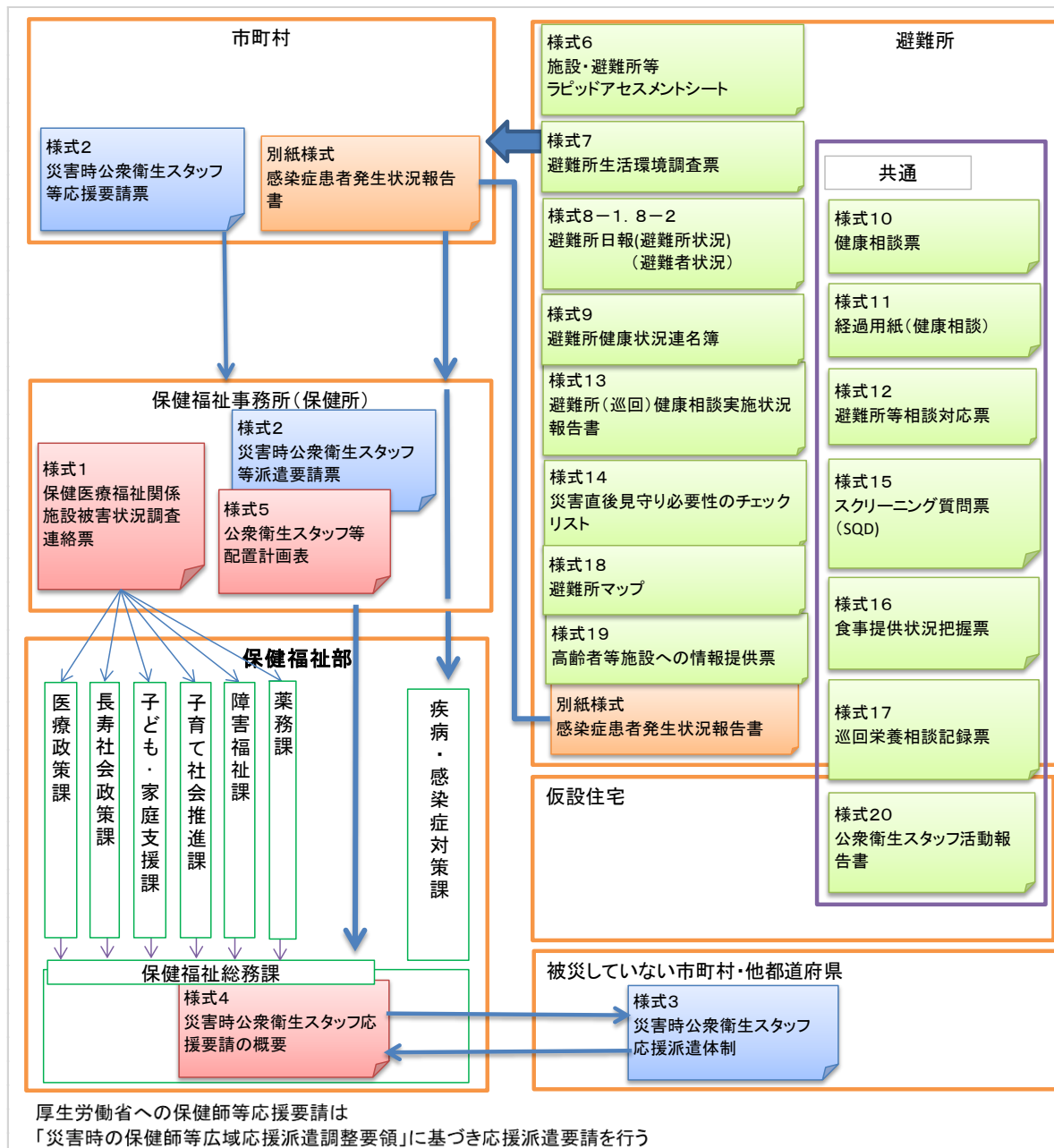
第1節 災害時公衆衛生活動に使用する帳票類

災害時公衆衛生活動に関する帳票類一覧

区分	様式	記録様式名	使用時期		使用目的・内容・方法等	提出先	頁
			時期	フェイズ			
		災害時公衆衛生活動に使用する各種帳票の流れ			活動で使用する各種帳票の、情報元・経由機関・報告先を明記した図		3
被害状況	1	保健医療福祉関係施設被害状況調査連絡票	初期	0～	施設の被害状況を把握の把握	医療政策課、長寿社会政策課、子ども・家庭支援課、子育て社会推進、障害福祉課、業務課	4
応援・派遣要請	2	災害時公衆衛生活動スタッフ等応援要請票	災害発生時		市町村→保健所→保健福祉総務課	保健福祉総務課	6
	3	災害時公衆衛生スタッフ応援派遣体制	災害発生時		市町村（被災市町村除く）・他都道府県→保健福祉総務課	保健福祉総務課	7
	4	災害時公衆衛生スタッフ応援要請の概要	災害発生時		保健福祉総務課→応援派遣自治体等	応援公衆衛生スタッフ所属自治体、団体	8
	5	公衆衛生スタッフ配置計画表	災害発生時		応援・派遣公衆衛生スタッフの避難所等への配置計画 *保健所→保健福祉総務課	保健福祉総務課	9
避難所活動	6	施設・避難所等ラピッドアセスメントシート	必要時	0～2	避難所の被災状況やニーズを把握し、迅速な支援の優先付けを行う	情報集約先	10
	7	避難所生活環境調査票	必要時	0～2	避難所毎の全般的な生活状況の把握	情報集約先	11
	8-1	避難所日報(避難所状況)	必要時	0～2	避難所毎の必要な支援、チームの活動方針・内容、広域的な被災地対応、今後予想される課題の検討等に活用	情報集約先	13
	8-2	避難所日報(避難者状況)					14
	9	避難所健康状況連名簿	初期	1	避難所全員の健康状況を把握（全数把握を確認） *支援が必要な場合は、健康相談票を作成	情報集約先	15
	10	健康相談票	随時	全般	要支援対象者の主訴・既往歴・自覚症状・日常生活状況・指導内容等の内容の把握	情報集約先	16
	11	経過用紙（健康相談）	随時	全般	要支援対象者の継続相談の実施 *対象者毎に作成し、避難所で保管。必要時提出	情報集約先	17
	12	避難所等相談対応票	随時	全般	避難所毎の相談対応内容（氏名・年齢・性別・血圧等） *避難所毎に作成・保管。必要時提出	情報集約先	18
	13	避難所（巡回）健康相談実施状況報告書	随時	全般	避難所の毎日の活動内容の把握 （従事者数・種別毎の相談延件数・全体的な状況と対応等）	情報集約先	19
	14	災害直後見守り必要性のチェックリスト	随時	1～2	見守りを要する対象者の把握 *対象者毎に作成し、避難所で保管。必要時提出	情報集約先	20
	15	スクリーニング質問票（SQD）	随時	全般	精神的問題（PTSD、うつ病）のスクリーニング	情報集約先	21
	16	食事提供状況把握票	随時	2以降	避難所の栄養状況把握 *避難所毎に作成し、必要時提出	情報集約先	22
	17	巡回栄養相談記録票	随時	2以降	栄養に関する相談の実施 *対象者毎に作成し、避難所で保管。必要時提出	情報集約先	23
	18	避難所マップ	随時	2以降	避難者の居住場所の把握 *避難所毎に作成・保管。必要に応じ提供	情報集約先	24
	19	高齢者等施設への情報提供票	随時	全般	避難所から高齢者施設等へ転出する際の情報提供 *対象者毎に作成し、施設へ提供。必要時提出	情報集約先	25
	別紙		感染症患者発生状況報告書	随時	全般	避難所の感染症患者発生の把握 避難所→保健所→疾病・感染症対策室	疾病・感染症対策室
受入れ	20	公衆衛生スタッフ活動報告書	交代時		公衆衛生スタッフの活動状況を報告 *活動内容により、避難所（巡回）健康相談実施状況報告書、仮設住宅訪問報告書を添付	保健所（公衆衛生スタッフ受入れ担当）	27
他県への派遣	21	被災地支援活動状況	災害発生時		派遣公衆衛生スタッフ（班）→保健福祉総務課	保健福祉総務課	28
コーディネーター	22	地域基礎状況整理表	災害発生時		地域の健康課題を把握解決するためのアセスメント	情報集約先	29

健康調査	23	健康調査（一次スクリーニング）票	健康調査実施時	被災者の健康課題を迅速に把握し、健康二次被害の予防を図る	情報集約先	30
		健康調査票記入要領	健康調査実施前	一次スクリーニングを目的とした調査票の記載方法を理解する		32
	24	健康調査（一次スクリーニング）不在世帯連名簿	健康調査実施時	不在世帯の集計表	情報集約先	35
	25	健康調査（一次スクリーニング）集計票（担当者用）	健康調査実施時	担当者用集計票	情報集約先	36
	26	健康調査（一次スクリーニング）集計票（総括者用）	健康調査実施時	総括担当者用集計票	情報集約先	37
	27	健康訪問調査のお知らせ（町内会、地区住民向け）	健康調査実施時	地域住民に対する健康調査通知	情報集約先	38
	28	健康訪問調査のお知らせ（不在世帯向け）	健康調査実施時	不在者用のお知らせ	情報集約先	39
	29	健康と生活に関する調査票	健康調査実施時	応急仮設住宅（民間賃貸住宅含む）入居者に対する健康調査票	情報集約先	40

災害時公衆衛生活動に使用する各種帳票の流れ



保健医療福祉関係施設被害状況調査連絡票

保健医療福祉関係施設被害状況調査連絡票																												
No.	[選択式] 施設区分-1	[選択式] 施設区分-2	被害施設名称	[選択式] 地域圏	[選択式] 所在 市町村	被害概要			被害詳細										本庁 担当課室	地方機関 担当所属	備考							
						人的被害 の有無	物的被害 の有無	[整数のみ] 被害額(千円)	被害者数						[選択式] 利用者の他 施設への避難 の要否	要避難者数及 び必要な人的 支援内容	[自由記述] 左記への 対応状況等	[選択式] 建物被害				設備被害	必要な物的支援 内容(食料等)	左記への 対応状況等				
									職員(勤務中)			利用者																
						死亡者	負傷者	不明者	死亡者	負傷者	不明者	死亡者	負傷者	不明者	死亡者	負傷者	不明者	死亡者				負傷者	不明者					
列1	列2	列3	列4	列5	列6	列7	列8	列9	列10	列11	列12	列13	列14	列15	列16	列17	列18	列19	列20	列21	列22	列23	列24	列25	列26	列27	列28	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												
28																												
29																												
30																												
31																												
32																												
33																												
34																												
35																												
36																												
37																												
38																												
39																												
40																												
41																												
42																												
43																												
44																												
45																												
46																												
47																												
48																												
49																												
50																												
集計																												

No.	[薬局のみ] 浸水被害の有無	[薬局のみ] 建物倒壊 おそれの有無	[薬局のみ] 停電の有無	[薬局のみ] 断水の有無	[薬局のみ] 電話不通の有無	[薬局のみ] インターネット 接続不可の有無	[薬局のみ] 開局の可否	[薬局のみ] 復旧を要する 調剤関連機器 (無し・一部・全て (具体名※))	[薬局のみ] 処方箋受入可能 枚数に対する 現在の受入枚数 の超・未超	[薬局のみ] 応援薬剤師の要 (人数)・不要	[薬局のみ] 毒劇物の流出漏 洩事故の有無
列	列34	列35	列36	列37	列38	列39	列40	列41	列42	列43	列44
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
集計											

災害時公衆衛生活動スタッフ等応援要請票

【宛先】

宮城県保健福祉部保健福祉総務課 Mail : hohukse@pref.miyagi.jp
FAX : 022-211-2595

【送信元】

保健福祉事務所	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・保健福祉事務所・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・リハビリテーション専門職・心理士・その他（ ）			
人数／日				

被災地以外の県内市町村・他県都道府県自治体等→保健福祉総務課

【宛先】

宮城県保健福祉部保健福祉総務課行 Mail : hohukse@pref.miyagi.jp
FAX : 022-211-2595

*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*	平成 年 月 日 () ~平成 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：平成 年 月 日 終了予定日：平成 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：平成 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，災害派遣等住持車両証明書等
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 _____ か所，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	宮城県保健福祉部保健福祉総務課 担当者（ _____ ） 〒980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号 TEL：022-211-2507 FAX：022-211-2595

公衆衛生スタッフ配置計画表

地区名	避難所 仮設住宅等 活動場所	避難者数	活動内容	発災日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
				／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
【記載例】				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水		
○○ 地区	○○小学校	1,000	避難所健康 管理			移動日 保健師 2人		5泊6日				★ 2人							★ 2人						★ 2人											
	○○公民館	300	避難所健康 管理			移動日 保健師 2人		6泊7日						★ 2人								★ 2人					★ 2人									
	○○集会所	50	○○公民館 担当が巡回																																	
	○○中学校	700				移動日 保健師 2人		3泊4日			★ 2人				★ 2人				★ 2人					看護師 2人	5泊6日								★ 2人			
■ 地区	●■小学校	150																																		
	●■集会所	20																																		
合計																																				

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	#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
	AM		PM						時					分		

調査者氏名											調査者所属										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話連絡先															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施設名											固定電話										
所在地											携帯電話										
											FAX										

避難所運営組織	<input type="checkbox"/>	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)					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	<input type="checkbox"/>		携帯電話	<input type="checkbox"/>		衛星電話	<input type="checkbox"/>	データ通信

医療支援	救護所設置	<input type="checkbox"/>	医療チームの巡回	<input type="checkbox"/>
------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

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	<input type="checkbox"/>		土足禁止	<input type="checkbox"/>		下水	<input type="checkbox"/>		ゴミ集積場所	<input type="checkbox"/>	館内禁煙	<input type="checkbox"/>	ペット収容所	<input type="checkbox"/>
	男女別更衣室	<input type="checkbox"/>		男女別トイレ	<input type="checkbox"/>		男女別居住スペース	<input type="checkbox"/>		授乳室等母子専用スペース	<input type="checkbox"/>		障害者用トイレ	<input type="checkbox"/>	
	感染予防・清掃用物品	<input type="checkbox"/>		パーティションによる区切り	<input type="checkbox"/>		段ボールベッド	<input type="checkbox"/>		歯磨きの場所	<input type="checkbox"/>				

伝達事項	

避難所生活環境調査票

様式7

調査日：平成 年 月 日() 調査者 所属 氏名

避難所調査員→情報集約先

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	迅速に提供する情報項目	実施	適否 (非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在している。	
	食品の衛生管理	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 (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 ℃ 、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 (種類・運転)	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。
			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			加湿器はなく、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)	ゴミ集積場所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、ケツツに浸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・頭数等	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				
	收容場所の確保	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、立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() 管理記録(有・無)	適・否(要緊急・他)		
2 生活環境の改善整備	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ので、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		

*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)		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	男女の別 □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	歯みがき等の場所 □有・□無
	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
生活環境	冷暖房	□有・□無	洗濯機 □有・□無
	喫煙	□禁煙・□分煙・□その他	
	温度	□適・□不適	湿度 □適・□不適
	換気	□適・□不適	清掃状況 □良・□不良
	土足禁止	□有・□無	ゴミ収積場所 □有・□無
	粉塵	□無・□有	生活騒音 □適・□不適
食事提供	寝具乾燥対策	□適・□不適	
	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	

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	その他	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	要継続支援合計 人数(実人数)	人
乳児		人	人	在宅酸素療法・呼吸器療法	人	人					
幼児・児童		人	人	透析(腹膜透析含む)	人	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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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	
---------	--

(2020年版)

写真送信の場合は再度記載→

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

避難所健康状況連名簿

様式9

避難所調査員→情報集約先

- ・避難所において、避難者全員の健康状況把握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・慢性疾患患者等、特定の対象を把握する場合にも使用する。

連番	把握年月日	市町		場所(避難所・仮設住宅)										把握年月日 平成 年 月 日			担当者(所属)		要継続は○	備考		
		氏名	年齢	性別	対象				(状態)			病気		自覚症状	ADL自立度 (トイレや入浴動作が 難しくなった。歩行能力が低下した等が認められる。)	相談したいこと						
					乳幼児	妊産婦	成人・老人	寝たきり	難病	その他	手帳保持	介護認定	独居				その他	無し			治療中(病名)	中断
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
0																						

健康相談票 初回・()回		方法 ・面接 ・訪問 ・電話 ・その他 ()		対象者 乳児 幼児 妊婦 産婦 成人 高齢者 障害者 その他()		担当者(自治体名)										
		保管先				相談日		年 月 日								
						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・その他・無回答		M・T・S・H・R 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(恐怖など) 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()										
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、呼吸器疾患、 消化器疾患、関節痛、 精神疾患、結核、 難病、アレルギー、 その他()		現在治療中の病気 疾患名、治療状況		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)				具体的自覚症状(参考) 発熱 体温 _____℃ 脈拍 _____回/分 頭痛・咳・喉の痛み・倦怠感・肩こり・腰痛・湿疹・発赤 めまい・動悸・胸痛・目の症状 便秘・下痢・腹痛・吐き気・嘔吐・口腔内の異常・食欲の変化 不眠・不安・倦怠感・いらいら・憂鬱・やる気がない・決断力低下											
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															
※震災前後の変化の有無でマークを変えて記入ください：震災前と変わらない「○」 震災前に比べ低下した「●」																
備考 福祉用具の使用状況など																
個別相談活動	相談内容				支援内容											
					他職種への連絡								今後の支援方針			
					誰に		栄養士へ		リハ職へ		その他		終了		継続	
				どうする		情報提供		相談								

避難所等相談対応票

相談場所名

担当者名

平成 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		平成 年 月 日 () 天候 ()				実施場所		
従事者数	保健師							その他 (看護師, 医療関係者) *ボランティアを含む
	総数	保健所	市町村	応援・派遣者			県外	
				県内				
				保健所	市町村			
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2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。

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 年 月 日AM/PM 時			
M・T・S・H 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

スクリーニング質問票(SQD)

実施日： 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

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: 平成 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									

初回 ・ 再

行政区：

巡回栄養相談記録票

相談日：平成 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：

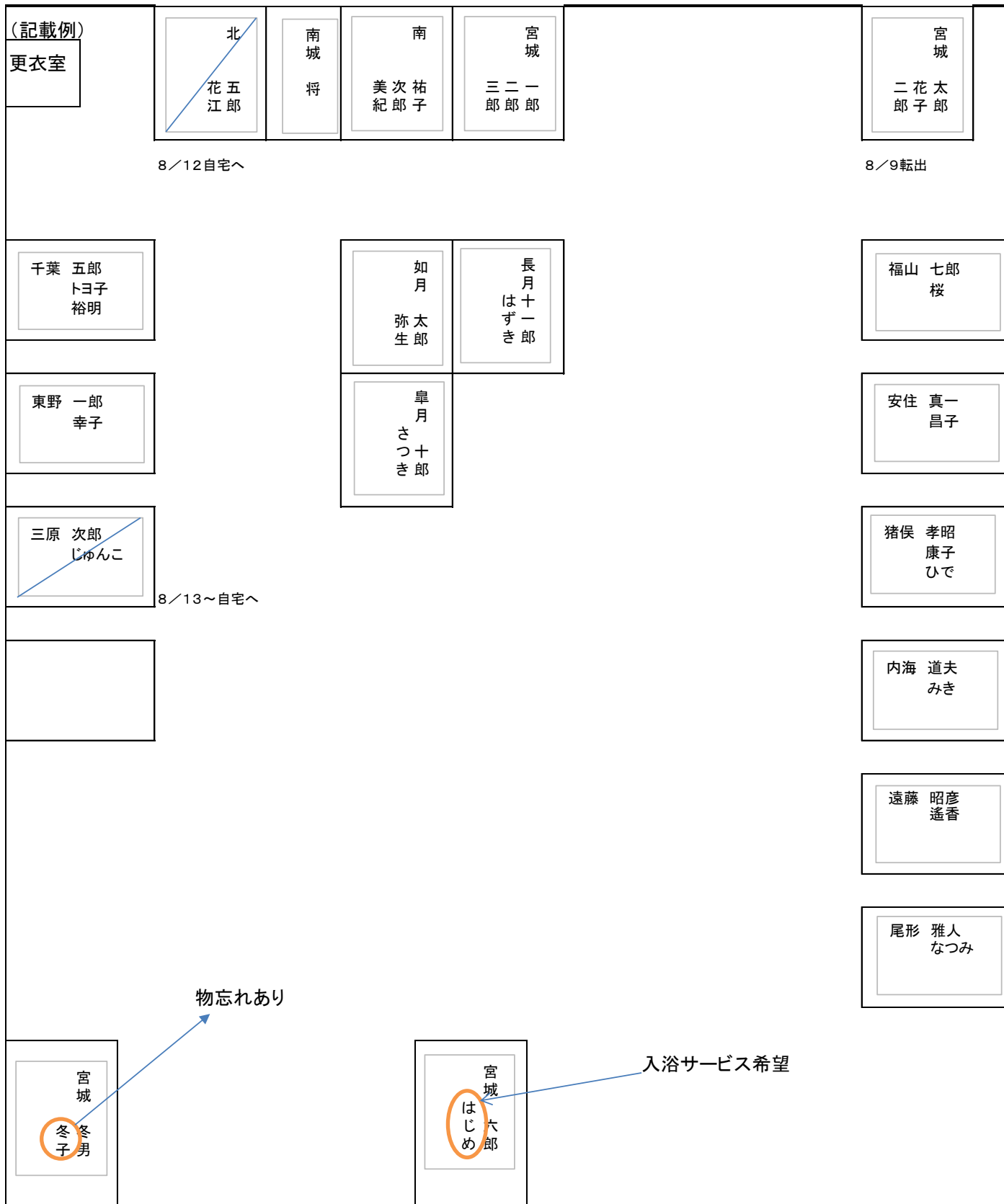
対象者 氏名	男・女	【相談内容】	
生年月日 M. T. S. H. R 年 月 日 歳		1. 妊産婦	
相談者 氏名 (続柄：)		2. 乳児(幼児)	
(連絡先：)		3. 虚弱高齢者	
住所 〒		4. 慢性疾患患者 (高血圧・糖尿病・ その他 ())	
電話番号 ()		5. アレルギー	
		6. その他 ()	
既往 症	【治療中の病気(病名)】		主治医
	【治療】 ・ 食事制限：なし・あり (塩分・たんぱく質・エネルギー・その他) ・ 服薬 () , 定期的に服薬 ・ 飲み忘れあり		
健康 状態	血圧： / 脈拍： /分 トイレの回数： 回		
	口腔内の状況： 咀嚼・嚥下・歯・ その他 ()	体調：良い・ふつう・不良 不良の内容：食欲・便秘・疲れやすい その他 ()	体重： kg 増減 (± kg)
食事 摂取 状況	3食の摂取状況		<input type="checkbox"/> 欠食なし <input type="checkbox"/> 欠食あり (朝・昼・夕) 欠食理由 ()
	主食	米・パン・麺類	<input type="checkbox"/> 毎食 <input type="checkbox"/> 2食 <input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 食べていない
	主菜	肉・魚・卵・大豆製品	<input type="checkbox"/> 毎食 <input type="checkbox"/> 2食 <input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 食べていない
	副菜	緑黄色野菜	<input type="checkbox"/> 毎食 <input type="checkbox"/> 2食 <input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 食べていない
		その他の野菜・果物	<input type="checkbox"/> 毎食 <input type="checkbox"/> 2食 <input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 食べていない
その他(栄養補助食品等)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
食 環 境	食料の調達		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()
	調理器具・設備		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()
	(炊き出しの) 味付け・量		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()
	支援者		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 継続支援 (何：) ・ いつ：)		
	<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 引継ぎ 医療・保健師・その他 () 【引継日 年 月 日】			

避難所マップ

平成 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	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					

別紙様式	感染症患者発生状況報告書
-------------	---------------------

報告年月日：平成 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、
避難所名のみ記入で構いません。

連絡先 _____

1 避難所の状況【平成 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【平成 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	平成 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】		
	<ul style="list-style-type: none"> ・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】		
	<ul style="list-style-type: none"> ・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			

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	宮城県チーム 第 班 平成 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(コーディネーター用)

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 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・場所)
	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動状況	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 <input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 心のケアチーム <input type="checkbox"/> その他
	福祉機関(数・場所・名称)				
	在宅ケア(数・場所・名称)				
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				
必要な人員	<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					

健康調査(1次スクリーニング)票(案)

実施日時	月 日 時 分
------	---------

調査世帯	調査場所	避難所・福祉避難所・自宅・その他()
	世帯主	
	行政区	
	世帯番号	
	住所	
電話番号		

調査実施者所属・氏名	
------------	--

自宅の場合 *生活環境調査票による調査を実施している場合は記入不要	
住宅の状況	【調査済みの場合】青(調査済)・黄(要注意)・赤(危険) / 【調査されていない場合】損壊なし・一部損壊・全壊
水・食料調理状況	支障なし・【①電気・②ガス・③水・④食料供給】に支障あるが対応策あり・左記【 】支障あり調理できない
トイレ・風呂	支障なし・支障があるが対応策あり・支障があり対応策なし
ペット	支障なし・支障があるが対応策あり・支障があり対応策なし
その他特筆事項(困っていることなど)	

※回答者に◎を記入してください。

番号	項目	質問内容	回答選択肢 各人の該当欄に○、空欄にはその内容等を記入する	世帯主との関係		世帯主との関係		世帯主との関係		世帯主との関係	
				氏名	年齢	氏名	年齢	氏名	年齢	氏名	年齢
1	現症・既往	具合の悪いところはありますか？	有無	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある
			ある場合に本人や家族等が対応できるか否か	できる	できない	できる	できない	できる	できない	できる	できない
2	現症・既往	治療中の病気はありますか？	有無	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある
			「ある」の場合に、医療機器使用状況や病名を記入(人工呼吸器装着、在宅酸素療法、透析糖尿病、心不全、ぜんそく、精神疾患、感染症、難病、高血圧、歯科疾患、アレルギー等)								
3	受診状況	通院していますか？	通院の有無	している	していない	している	していない	している	していない	している	していない
			通院している場合に、自力で行くことができるか、できないか	できる	できない	できる	できない	できる	できない	できる	できない
4	治療状況	日常的に服用している薬がありますか？	服薬している薬の有無	なし	ある	なし	ある	なし	ある	なし	ある
			服薬がある場合、1:「自分の間は足りる」か2:「今はあるが無くなりそうである」か3:「薬がない」か								
5	身体状況	次の1～10の事項に該当しますか？	該当の有無	該当なし	該当する	該当なし	該当する	該当なし	該当する	該当なし	該当する
			「該当する」場合の、日常生活の支障の有無	支障なし	支障あり	支障なし	支障あり	支障なし	支障あり	支障なし	支障あり
6	生活・介護	生活する上で自分のことは自分で出来ますか？	身辺の自立度	できる(見守り含め)		できる(見守り含め)		できる(見守り含め)		できる(見守り含め)	
			手助けの有無	手助け必要		手助け必要		手助け必要		手助け必要	
7	生活・介護	災害前までに受けていた介護サービスや医療サービスなどを受けることが出来そうですか？	できるか、できないか	できる	できない	できる	できない	できる	できない	できる	できない
			他の手段の有無(家族対応や他のサービス等)	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない
8	生活	生活用品(おむつ、ミルク等)で困っていることがありますか。	生活用品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
			必要な日用品								
9	居場所・エコノミー症候群	現在どちらで生活していますか？	自宅・避難所・勤務先	自宅・避難所・勤務先		自宅・避難所・勤務先		自宅・避難所・勤務先		自宅・避難所・勤務先	
			その他(どこか)								
10	歯・口腔	歯や入れ歯、お口の中のこと困っていることがありますか？	困り事の有無	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
			困り事の内容								

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	
			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、何が起ころとも気が晴れないように感じた											
			何をやるのも骨折りと感じた											
			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	
			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														
自分のできることもやってもらいたがる														
がまんすぎている														
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せんか？	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ありますか？	危険意識を確認する。	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				
		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			1ヶ月以内	1ヶ月以内	1ヶ月以内	1ヶ月以内	1ヶ月以内	1ヶ月以内	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					
			調査時に解決	調査時に解決	調査時に解決	調査時に解決								

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）に照らしあわせて、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

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」

健康調査（一次スクリーニング）集計表（担当者用）

※訪問調査が終わったら、健康調査（一次スクリーニング）票（様式〇〇号）とともに、提出する。

行政区名	
調査対象者数	

日時	調査担当者	対象世帯数 (a)+(b) +(c)	訪問件数 (延べ)	在宅世帯数				不在 世帯数 (b)	未実施 世帯数 (c)
				世帯件数 (a)	【再掲】 要支援 世帯数	世帯員 総数	【再掲】 要支援 者数		
月 日 ()									
月 日 ()									
月 日 ()									
月 日 ()									
月 日 ()									
月 日 ()									
月 日 ()									

気づいたこと、感想、引き継ぎ事項等

月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	

*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」

健康調査（一次スクリーニング）集計表（総括者用）

実施日

市町村名

地区名	調査担当者	対象世帯数 (a)+(b) +(c)	訪問件数 (延べ)	在宅世帯数				不在 世帯数 (b)	未実施 世帯数 (c)
				世帯件数 (a)	【再掲】 要支援 世帯数	世帯員 総数	【再掲】 要支援 者数		
合計									

地区及び付近の状況

月日	地区名	地区付近の状況・訪問者の状況
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		

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

市町村長名
(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。

お身体の調査はいかがでしょう。

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。

平成 年 月 日 午前・午後 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：

平成28年度 健康と生活に関する調査票

*この調査は、宮城県と市町村が、東日本大震災で被災された皆様を対象に年に1回、定期的実施しているものです。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、よろしくお願ひします。

記入年月日	平成28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ひます。

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
------------	------	---------

宮城県・(市町名を差し込み印刷)

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。
フリガナ		①世帯主	①会社員 ⑦主婦	①受けた	①大変よい
氏名		②配偶者	②公務員 ⑧学生	②受けていない	②まあよい
性別	①男性 ②女性	③子	③自営業 ⑨無職 □ 求職中	③分からない	③あまり良くない
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	④子の配偶者	④パート・アルバイト □ 病氣療養中	19歳以上の方がお答えください。	④とても悪い
年齢	満 歳 (11月1日現在)	⑤孫	⑤農業 □ 他		⑥漁業 ⑩その他
6 病氣はありますか。		7 こころの問題についてお聞きします。		18歳以上の方がお答えください。	
①ある ②ない → 7にお進みください。		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。	
*「①ある」と回答した方は、病名に○をつけてください。		頻度		項目	
病名 → ○をつけた病氣について治療の状況に○をつけてください。		全くない 少しだけある 時々ある たいいていある いつもある		神経過敏に感じる	
① 糖尿病 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		絶望的だと感じる		絶望的だと感じる	
② 高血圧 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		それぞれ、落ち着かなく感じる		それぞれ、落ち着かなく感じる	
③ がん → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		気分が沈み込んで、何が起ころても気が晴れない感じがする		気分が沈み込んで、何が起ころても気が晴れない感じがする	
④ 心疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		何をしても骨折れだと感じる		何をしても骨折れだと感じる	
⑤ 脳血管疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		自分は価値のない人間だと思う		自分は価値のない人間だと思う	
⑥ 呼吸器疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		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。		13 介護保険の認定を受けていますか。	
⑦ 精神疾患 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		12 悩みなどを相談できる相手がいますか。		14 障害者手帳をお持ちですか。	
⑧ 透析 → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		①参加している		①いいえ	
⑨ その他 () → 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断		②参加していない		②要支援1 ③要支援2 ④要介護1 ⑤要介護2 ⑥要介護3 ⑦要介護4 ⑧要介護5	
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なりましたか。	
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	
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	
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)	
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	
* 健康のために意識的に減らした場合は除く		⑤増えた		①いる	
⑤1年前に比べて、体重が増加した (kg増)		⑤3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		②いない	
* 成長期による体重の増加は除く		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。		* サービス利用の有無	
		①参加している		①有り	
		②参加していない		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。

1人目記入欄						
1 氏名(性別)・生年月日(年齢)	2 世帯主・世帯主からみた続柄	3 職業 無職の方は該当する項目に☑を入れてください。	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。		
フリガナ 氏名 性別 ①男性 ②女性 生年月日 大正・昭和・平成____年____月____日 年齢 歳(11月1日現在)	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	①会社員 ⑦主婦 ②公務員 ⑧学生 ③自営業 ⑨無職 □求職中 ④パート・アルバイト □病氣療養中 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		
6 病氣はありますか。①ある ②ない → 7にお進みください。						
*「①ある」と回答した方は、病名に○をつけてください。						
病名 → Oをつけた病氣について治療の状況に○をつけてください。						
① 糖尿病	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
② 高血圧	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
③ がん	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
④ 心疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
⑤ 脳血管疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
⑥ 呼吸器疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
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					
7 このと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。						
項目	頻度	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある
神経過敏に感じる						
絶望的だと感じる						
そわそわ、落ち着かなく感じる						
気分が沈み込んで、何が起っても気が晴れない感じがする						
何をしても骨折りだと感じる						
自分は価値のない人間だと思う						
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。						
① 眠れない 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 ③ 食欲がない ④ 1年前に比べて、体重が減少した (kg減) * 健康のために意図的に減らした場合は除く ⑤ 1年前に比べて、体重が増加した (kg増) * 成長期による体重の増加は除く	① 朝または昼から飲酒することがある ② 選4日以上かつ1日3合以上飲酒する * 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	① とも少なくなくなった ② 少なくなった ③ 変化なし(もともと少なかった) ④ 変化なし(よく動いている) ⑤ 増えた	① 参加している ② 参加していない 12個みなどを相談できる相手がありますか。 ① いる ② いない	① いいえ ② 要支援1 ③ 要支援2 ④ 要介護1 ⑤ 要介護2 ⑥ 要介護3 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	① いいえ ② 身体__級 ③ 療育 A・B ④ 精神__級 * 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。ご家族がおられる方はご家族へお渡しいただき、次のページへの記入をお願いします。

2人目記入欄						
1 氏名(性別)・生年月日(年齢)	2 世帯主・世帯主からみた続柄	3 職業 無職の方は該当する項目に☑を入れてください。	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。		
フリガナ 氏名 性別 ①男性 ②女性 生年月日 大正・昭和・平成____年____月____日 年齢 歳(11月1日現在)	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	①会社員 ⑦主婦 ②公務員 ⑧学生 ③自営業 ⑨無職 □求職中 ④パート・アルバイト □病氣療養中 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		
6 病氣はありますか。①ある ②ない → 7にお進みください。						
*「①ある」と回答した方は、病名に○をつけてください。						
病名 → Oをつけた病氣について治療の状況に○をつけてください。						
① 糖尿病	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
② 高血圧	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
③ がん	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
④ 心疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
⑤ 脳血管疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
⑥ 呼吸器疾患	→ 治療済 ・ 治療中 ・ 治療中断					
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					
7 このと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。						
項目	頻度	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある
神経過敏に感じる						
絶望的だと感じる						
そわそわ、落ち着かなく感じる						
気分が沈み込んで、何が起っても気が晴れない感じがする						
何をしても骨折りだと感じる						
自分は価値のない人間だと思う						
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。						
① 眠れない 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 ③ 食欲がない ④ 1年前に比べて、体重が減少した (kg減) * 健康のために意図的に減らした場合は除く ⑤ 1年前に比べて、体重が増加した (kg増) * 成長期による体重の増加は除く	① 朝または昼から飲酒することがある ② 選4日以上かつ1日3合以上飲酒する * 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	① とも少なくなくなった ② 少なくなった ③ 変化なし(もともと少なかった) ④ 変化なし(よく動いている) ⑤ 増えた	① 参加している ② 参加していない 12個みなどを相談できる相手がありますか。 ① いる ② いない	① いいえ ② 要支援1 ③ 要支援2 ④ 要介護1 ⑤ 要介護2 ⑥ 要介護3 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	① いいえ ② 身体__級 ③ 療育 A・B ④ 精神__級 * 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。ご家族がおられる方はご家族へお渡しいただき、次のページへの記入をお願いします。