

被災状況等報告書

報告日時	年 月 日 () 時 分
施設名	
報告者	

1. 施設・設備の被害状況

建物	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 被害あり (具体的な状況:)
電気	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 (具体的な状況:)
ガス	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 (具体的な状況:)
水道	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 (具体的な状況:)
トイレ	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 (具体的な状況:)
風呂	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 (具体的な状況:)
その他	

2. 施設の入所者・利用者等の状況

区分	人数	内訳			
		高齢者	人	障がい者	人
入所者	人	その他	人	うち、負傷者	人
		高齢者	人	障がい者	人
利用者(通所)	人	その他	人	うち、負傷者	人
		高齢者	人	障がい者	人

3. 施設職員の状況

施設職員	全職員	人	うち、負傷者	人
	参集人数	人	特記事項	
責任者氏名			連絡先	
連絡担当者			連絡先	

4. 物資・器材の確保状況

食料・飲料水	日分	携帯トイレ	個	紙おむつ	枚
ストーマ用 装具	個	収尿器	個	生理用品	枚
毛布	枚	簡易ベッド	台	パーテーション	組
その他					

5. 受入可能人数、受入スペース

開設可否	<input type="checkbox"/> 開設可能 ⇒	受入可能人数	人
	<input type="checkbox"/> 人員・物資があれば開設可能 (必要な人員・物資は6に記入) ⇒	受入可能人数	人
	<input type="checkbox"/> 開設不可能 ⇒	不可の理由	

6. 福祉避難所の開設に必要な人員・物資

必要な人員	人	想定している業務	
必要な物資 (): 数量	()	()	()
	()	()	()
	()	()	()

7. 周辺の状況等(施設へのアクセス状況)

道路状況	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 被害あり (具体的な状況:)
その他(河川 の状況等)	

避難者カード

報告日時	年	月	日 ()	時	分
施設名				記入者名	

1. 本人情報

氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	歳
		血液型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		連絡先				

2. 心身の状況 ※要介護者や障がい者は、要介護度認定や障がい者手帳の等級等を記載する。

区分・程度	高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護・ 要支援 ()	備考	
		<input type="checkbox"/> 独居・ のみ世帯 ()	備考	
	障がい者	<input type="checkbox"/> 身体 ()	備考	
		<input type="checkbox"/> 知的 ()	備考	
		<input type="checkbox"/> 精神 ()	備考	
	<input type="checkbox"/> 医ケア・難病 ()	備考		
	<input type="checkbox"/> 乳幼児 ()	備考		
<input type="checkbox"/> 妊産婦 ()	備考			
特記事項・ 要望等				

3. かかりつけ医

病院名		医師名	
所在地		連絡先	

4. 付添人情報

氏名	(フリガナ)	続柄		年齢	歳
		連絡先			
		住所			
その他	(いつまで付添いが可能か)				

5. 身元引受人

氏名	(フリガナ)	続柄		連絡先	
		住所			

裏面へ続く

6. (重要) 安否確認への対応

公開 非公開

相談受付票

相談回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> () 回目	相談日	年	月	日
場所		時間	:	~	:
福祉 避難所名					
相談方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()				

1. 基本情報

氏名	(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		生年月日	年	月	日	歳
住所	〒					
連絡先	TEL			e-mail		
心身の状況	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援 ()			<input type="checkbox"/> 乳幼児		
	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 ()			<input type="checkbox"/> 妊産婦		
	<input type="checkbox"/> その他					

2. 相談内容（主訴、現状、経過等）

相談内容 の種別	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用等に関する相談 <input type="checkbox"/> 介護や障がいへの理解に関する相談 <input type="checkbox"/> 健康・医療に関する相談 <input type="checkbox"/> 避難生活に関する相談 <input type="checkbox"/> 家族関係・人間関係に関する相談 <input type="checkbox"/> 家計に関する相談	<input type="checkbox"/> 住まいに関する支援 <input type="checkbox"/> 就労に関する支援 <input type="checkbox"/> 社会参加・余暇活動に関する支援 <input type="checkbox"/> 教育・保育に関する支援 <input type="checkbox"/> 財産・権利に関する支援 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談内容		
相談結果	<input type="checkbox"/> 関係機関紹介 ⇒	
	<input type="checkbox"/> 支援制度紹介 ⇒	
	<input type="checkbox"/> 相談継続 ⇒	
	<input type="checkbox"/> 相談終了 ⇒	
	<input type="checkbox"/> 意見・要望 ⇒	
	<input type="checkbox"/> その他 ⇒	

食料・物資等受払簿

記入日時	年 月 日 () 時 分
施設名	
受領者	

受入れ			払出し						在庫数
月日	品名	数量	月日						
			月日						
			払出数						
			在庫数						
			月日						
			払出数						
			在庫数						
			月日						
			払出数						
			在庫数						
			月日						
			払出数						
			在庫数						
			月日						
			払出数						
			在庫数						
			月日						
			払出数						
			在庫数						

人的支援要請書

依頼日時	年 月 日 () 時 分			
施設名				
担当者名				
連絡先	TEL		FAX	

□ 行政職員

要請人数	人			
従事する業務				
特記事項				
活動期間 (予定)	開始	年	月	日 ()
	終了	年	月	日 ()
活動時間	時	分	～	時 分 () 時間

□ 専門職

要請人数	人			
資格区分	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ()			
従事する業務				
特記事項				
活動期間 (予定)	開始	年	月	日 ()
	終了	年	月	日 ()
活動時間	時	分	～	時 分 () 時間

回答期日	年	月	日 () まで
特記事項			

役割分担表

作成日時	年 月 日 () 時 分
施設名	

担当	必要数	活動内容	区分 ※リーダーは数字に○	氏名
総務 情報			1 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			2 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			3 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			4 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			5 行政・施設・応援・ボラ・住民	
施設 管理			1 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			2 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			3 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			4 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			5 行政・施設・応援・ボラ・住民	
食料 物資			1 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			2 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			3 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			4 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			5 行政・施設・応援・ボラ・住民	
保健 衛生			1 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			2 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			3 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			4 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			5 行政・施設・応援・ボラ・住民	
支援 渉外			1 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			2 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			3 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			4 行政・施設・応援・ボラ・住民	
			5 行政・施設・応援・ボラ・住民	

ボランティア依頼書

依頼日時	年 月 日 () 時 分			
施設名				
住所	〒			
連絡先	TEL		FAX	
担当者名				

※依頼内容は簡潔に（箇条書き等）記入してください。

□ 専門ボランティア

要請人数	合計	人	内訳	男性	人	女性	人
資格区分	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ()						
従事する業務							
特記事項							
活動期間 (予定)	開始	年	月	日	()		
	終了	年	月	日	()		
活動時間	時 分		～	時 分		() 時間	

□ 一般ボランティア ※物資管理や清掃等を担うことができます。資格を有する支援は行えません。

要請人数	合計	人	内訳	男性	人	女性	人
従事する業務							
特記事項							
活動期間 (予定)	開始	年	月	日	()		
	終了	年	月	日	()		
活動時間	時 分		～	時 分		() 時間	

回答期日	年 月 日 () まで
特記事項	

年 月 日

運営経費請求書

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇協定第〇条に基づき、福祉避難所の運営に係る経費について、下記のとおり請求します。

福山市長 様

円也

所在地
団体名
代表者名

(連絡先)
連絡先
担当者名