

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.190115

□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)				内訳 男性 (人)				内訳 女性 (人)			
----------	--	--	--	--------------	--	--	--	--------------	--	--	--

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)				夜間人数 (人)			
	75歳以上 (人)				未就学児 (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"/>
------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

衛生環境	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"/>	ごみ 集積場所	<input type="checkbox"/>	館内 禁煙	<input type="checkbox"/>	ペット 収容所	<input type="checkbox"/>

要配慮者 (人)			うち 医療的要配慮者			うち 福祉的要配慮者			うち 外国人	
-------------	--	--	---------------	--	--	---------------	--	--	-----------	--

要医療 サポート (人)	人工呼吸器		在宅酸素		透析		
	要インスリン治療 糖尿病		緊急性のある 精神疾患		要緊急治療 歯科疾患		要緊急処置 妊婦

有症状者 (人)	発熱		咳・痰		下痢		嘔吐	
-------------	----	--	-----	--	----	--	----	--

傷病者数 (人)	インフルエンザ		感染性胃腸炎	
-------------	---------	--	--------	--

その他 緊急事項											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ラピッドアセスメントシート 改正案

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.190115

□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)				
	75歳以上 (人)					未就学児 (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	<input type="checkbox"/>
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"/>	ごみ 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"/>		<input type="checkbox"/>

要配慮者 (人)			
-------------	--	--	--

医療サポートを 要する(人)											
うち人工呼吸器		うち在宅酸素		うち透析		うち定期投薬		食物アレルギー を有する(人)			
<small>うちインスリン治療 糖尿病患者</small>		<small>うち緊急性のある 精神疾患</small>		<small>うち緊急治療 歯科疾患</small>		<small>うち緊急処置妊婦</small>					

有症状者 (人)	発熱			咳・痰			下痢			嘔吐		
-------------	----	--	--	-----	--	--	----	--	--	----	--	--

傷病者数 (人)	インフルエンザ			感染性胃腸炎		
-------------	---------	--	--	--------	--	--

福祉的サポート を要する(人)			
うち要介護・要支援者		うち障害者手帳 保有者	
		うち乳幼児等 保育必要者	

その他 緊急事項											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--