

調査票を配布した避難所名：

被災者アセスメント調査票（案）

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	<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 固定電話
家屋(建物)の被害	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 居住可能 <input type="checkbox"/> 居住不可) <input type="checkbox"/> 無
家屋被害の状況	<input type="checkbox"/> 家屋全体におよぶ大きな被害があった (<input type="checkbox"/> 家が流れてしまった <input type="checkbox"/> 1階の天井を超えて浸水した <input type="checkbox"/> 倒壊した <input type="checkbox"/> 家屋が一目見てわかるぐらい傾いた <input type="checkbox"/> 火災・土砂崩れ等により家屋の全体・大部分がなくなってしまった <input type="checkbox"/> 1階部分がほぼ完全に土砂によって埋没した) <input type="checkbox"/> 住むためには専門業者による修繕が必要な程度の被害があった <input type="checkbox"/> 住むことはできるもののなんらかの被害があった <input type="checkbox"/> その他
避難所の利用	<input type="checkbox"/> 現在宿泊している <input type="checkbox"/> 利用している (<input type="checkbox"/> 応急給水 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 生活物資) <input type="checkbox"/> 利用していない

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

医療サポートを利用されているか。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 緊急性のある精神疾患 <input type="checkbox"/> 緊急治療歯科疾患 <input type="checkbox"/> 要緊急処置妊婦 <input type="checkbox"/> 定期的投薬が必要 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他		
妊産婦や乳幼児の方がいるか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギーを有しているか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
要介護(支援)認定を受けられているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援1、 <input type="checkbox"/> 要支援2、 <input type="checkbox"/> 要介護1、 <input type="checkbox"/> 要介護2、 <input type="checkbox"/> 要介護3、 <input type="checkbox"/> 要介護4、 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 無		

障害等手帳をお持ちか	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 身体障害、 <input type="checkbox"/> 知的障害、 <input type="checkbox"/> 精神障害、 <input type="checkbox"/> 発達障害） <input type="checkbox"/> 無
デイサービス・ヘルパーなどの公的サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 被災後も利用している <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 被災後から利用している <input type="checkbox"/> 利用していない