

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 (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)							

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"/>										

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)	
うちインスリン治療糖尿病患者		うち緊急性のある精神疾患		うち緊急治療歯科疾患		うち緊急処置妊婦			

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

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