

様式1-①

(高・障)実態把握票 面接日 年 月 日 面接相手() 面接者()

対象者 氏名	(フリガナ)	男・女	年 月 日生(歳)
住所		電話	

相談内容

主訴 (不自由・困りごと等)	
-------------------	--

緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話

家族構成

《ジェノグラム》 ☆キーパーソン 独居・高齢者世帯・日中独居・その他
--

健康管理(現病歴)

疾病名	医療機関・かかりつけ薬局	※ 服薬状況	受診状況・症状・必要な処置等
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	

福祉手帳・介護認

障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身障(級 部位)・療養(<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B)・精神(級)		
介護・障害	介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(支援 1・2、介護 1・2・3・4・5)		
認定の有無	障害者支援区分認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(支援区分 1・2・3・4・5・6)		
利用サービス		ケアマネ・相談支援員	

生活状況

身体症状	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(麻痺・拘縮・筋力低下・しびれ・痛み・坐位保持・立位保持)
※ ADLの状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(食事・排泄・入浴・衣服着脱・整容・移動)
IADLの状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(掃除・洗濯・買物・調理・金銭管理)
※ 精神症状	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(うつ症状・閉じこもり・不安・認知症・知的障害・精神障害)
行動障害	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(集団不適合・パニック発作・接触過敏・聴覚過敏)
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難あり(視力・聴力・言語障害・その他)
環境状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ベッド使用 <input type="checkbox"/> 段差昇降時手すり必要 <input type="checkbox"/> シャワーチェア使用

食事

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	今までの生活の様子(1日の過ごし方)
形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他()	
口腔・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 有(上・下) <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	

住環境

<input type="checkbox"/> 持家(一戸建て) <input type="checkbox"/> 賃貸住宅(公営・民間含む) <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> その他()	
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> その他()
ライフライン	水道(可・不可・不明)・電気(可・不可・不明)・ガス(可・不可・不明)
今後の見通し	<input type="checkbox"/> 見通しつかず <input type="checkbox"/> 落ち着いたら帰る <input type="checkbox"/> 子ども・親戚の家へ行く <input type="checkbox"/> その他()

判断・理由・配慮すべき事項

本書における実態把握に基づき、対象者の避難生活継続にあたっては、福祉避難所を利用することが適切であると判断する。 <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 担当者氏名()</p>
--

【一般避難所から福祉避難所への移動手段】 自家用車 ・ 家族の送迎 ・ その他()

様式1-②

(妊・乳)実態把握票 面接日 年 月 日 面接相手() 面接者()

対象者 氏名	(フリガナ)	男・女	年 月 日生(歳)
住所		電話	

緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話

家族構成

続柄	氏名	性別	年齢	職業	家族構成(ジェノグラム) ☆キーパンソン 独居・高齢者世帯・日中独居・その他

健康管理(母の状況)

疾病名	医療機関	※ 服薬状況	受診状況・症状・必要な処置等
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	
		無・有(回/日)	
妊娠週数	出産予定日	医療機関名	
既往歴(無・有)	心臓病・腎臓病・糖尿病・貧血・妊娠高血圧症候群(高血圧・尿蛋白・浮腫)		

相談内容・配慮すべき事項

主訴 (不自由・困りごと等)	
配慮すべき事項	

住環境

<input type="checkbox"/> 持家(一戸建て)	<input type="checkbox"/> 賃貸住宅(公営・民間含む)	<input type="checkbox"/> 社宅	<input type="checkbox"/> その他()
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> その他()		
ライフライン	水道(可・不可)・電気(可・不可)・ガス(可・不可)		
今後の見通し	<input type="checkbox"/> 見通しつかず <input type="checkbox"/> 落ち着いたら帰る <input type="checkbox"/> 親戚・縁者の家へ行く <input type="checkbox"/> その他()		

健康管理(子の状況) (乳児・幼児)

対象者	(フリガナ) [第 子]	男・女	年 月 日生(歳 か月)
出生時	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 未熟児・低体重児 <input type="checkbox"/> その他()		
発達面	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 行動面 (パニック・過敏・多動・その他[]) <input type="checkbox"/> コミュニケーション (視力・聴力・言語・その他[])		
疾病名	医療機関・かかりつけ薬局	※ 服薬状況	受診状況・症状・必要な処置等
		無・有()	手帳[有()・無]
		無・有()	手帳[有()・無]
栄養	母乳・混合・ミルク (普段使っている製品名:)		哺乳瓶 不要・必要
	ミルクの量 ()ml×()回/日		ミルク 不要・必要
食事形態	離乳食 (初期・中期・後期・完了期) ()回食/日		幼児食 ・ 普通食
アレルギー	なし・あり(食べられないもの:)		
おむつ	不要・必要(サイズ:新生児・S・M・L・Big・Bigより大きい) テープ型・パンツ型		
衣服	不要・必要(上着・ズボン・下着(シャツ・パンツ)[サイズ:] 靴下・靴[サイズ:])		
備考	かかりつけ医()		

健康管理(子の状況) (乳児・幼児)

対象者	(フリガナ) [第 子]	男・女	年 月 日生(歳 か月)
出生時	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 未熟児・低体重児 <input type="checkbox"/> その他()		
発達面	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 行動面 (パニック・過敏・多動・その他[]) <input type="checkbox"/> コミュニケーション (視力・聴力・言語・その他[])		
疾病名	医療機関・かかりつけ薬局	※ 服薬状況	受診状況・症状・必要な処置等
		無・有()	手帳[有()・無]
		無・有()	手帳[有()・無]
栄養	母乳・混合・ミルク (普段使っている製品名:)		
	ミルクの量 ()ml×()回/日		
食事形態	離乳食 (初期・中期・後期・完了期) ()回食/日		幼児食 ・ 普通食
アレルギー	なし・あり(食べられないもの:)		
おむつ	不要・必要(サイズ:新生児・S・M・L・Big・Bigより大きい) テープ型・パンツ型		
衣服	不要・必要(上着・ズボン・下着(シャツ・パンツ)[サイズ:] 靴下・靴[サイズ:])		
備考	かかりつけ医()		

【福祉避難所の利用希望】 有・無 (理由:)

【一般避難所から福祉避難所への移動手段】 自家用車・家族の送迎・その他()

本書における実態把握に基づき、対象者の避難生活継続にあたっては、福祉避難所を利用することが適切であると判断する。

平成 年 月 日 担当者氏名()

福祉避難所利用届出書

輪島市長様

実態把握票及び経過記録表の総合判断により福祉避難所を利用したいので届け出ます。

年 月 日

利用する福祉避難所	
-----------	--

		1人目	2人目
利用者	(フリガナ) 氏 名		
	住 所		
	電話番号		
	生年月日	(歳)	(歳)
連絡先	(フリガナ) 氏 名①	(続柄:)	
	住 所		
	電話番号		
	生年月日		
	(フリガナ) 氏 名②	(続柄:)	
	住 所		
	電話番号		
	生年月日		

介助員・宿直者勤務表

(年 月分)

福祉避難所名称	
---------	--

介助員日勤	所属法人名 () 氏名 ()															
勤務日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆
確認印																
勤務日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	
確認印																
介助員夜勤	所属法人名 () 氏名 ()															
勤務日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆
確認印																
勤務日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	
確認印																
宿直者	所属法人名 () 氏名 ()															
勤務日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆
確認印																
勤務日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
勤務時間	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	〆	
確認印																

- 介助員人件費(日勤) 単価 1,100 円× (日・時間) = 円
- 介助員人件費(夜勤) 単価 円× (日・時間) = 円
- 宿直者人件費 単価 6,000 円× 回分 = 円

食事提供表

福祉避難所名称			
食事単価	朝食	350 円	
	昼食	500 円	
	夕食	530 円	

年 月 日～ 年 月 日 (1週間)提供分

利用者氏名	食事(○印記入)	/	/	/	/	/	/	/	合計	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
	朝食								0	
	昼食								0	
	夕食								0	
合計	朝食	0食	合計					0 円		
	昼食	0食								
	夕食	0食								

その他直接支払い表

福祉避難所名称	
---------	--

年 月分

購入日	品名	品番・サイズ等	個数	金額
(記入例) H27.11.1	衣類(下着・ズボン)	Mサイズ	2	5000
合計				

※ 領収書を添付すること。

第 年 月 号
年 月 日

請 求 書

輪島市長 様

住 所
法 人 名
代表者名 印

金 円

年 月 日から 年 月 日までの福祉避難所設置・運営費として

請求内訳 別添様式のとおり

- 様式4 介助員・宿直者勤務表 (円)
- 様式5 食事提供表(日数分) (円)
- 様式6 その他直接支払い表 (円)

《振込先》

金融機関名	
支店・本店名	
口座番号(普通・当座)	
口座名義	

第 年 月 日 号

介護職員等ボランティア派遣要請申請書

県長寿社会課長・県障害保健福祉課長・県健康推進課長 様
(該当箇所を○で囲む)

輪島市長 梶 文 秋

年 月 日に発生した災害により下記施設への
(介護職員・保育士)ボランティア派遣の調整をお願いいたします。

施設名等	住所：		
	名称：		
	受入担当者		電話
ボランティア の要請を行 う職種等	職種	実人数	派遣要請期間
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
連絡先 (市担当者)	担当部署：健康推進課・ 福祉課 (災害時要配慮者支援班)		
	担当者職氏名：福祉避難所連絡員 ()		
	電話		FAX

第 年 月 日 号

災害支援ナース派遣要請申請書

石川県知事(又は石川県看護協会) 様

輪島市長 梶 文 秋

年 月 日に発生した災害により下記施設への災害支援ナース派遣の調整をお願いいたします。

施設名等	住所：		
	名称：		
	受入担当者		電話
ボランティアの要請を行う職種等	職種	実人数	派遣要請期間
	介助員補助		年 月 日～ 年 月 日
	(その他の要請事項) 例) 上記の派遣要請期間中の全日において、2人ずつをお願いしたいが、それぞれの出務時間帯は、1人目が午前6時から正午まで、2人目が午後1時から午後7時までとする。 (通常の介助員がいない時間帯に提供される朝食及び夕食への対応及び避難者の状態管理が継続的に必要となるため)		
連絡先 (市担当者)	担当部署：健康推進課(災害時要配慮者支援班)		
	担当者職氏名：福祉避難所連絡員()		
	電話		FAX

年 月 日

物資依頼書

輪島市災害対策本部総務班長 様

災害時要配慮者避難支援班長

本市が締結した災害時における物資供給に関する協定に基づき、福祉避難所において下記の物資等が必要なため調達をお願いいたします。

依頼者()

※太枠内は介助員等が記入したものを転記		※細枠内は連絡員が記入	
要請品目	数量	依頼先	検収日
全自動洗濯機			
乾燥機			
テレビ			
ラジオ			
ファンヒーター			
冷蔵庫			
髭剃り			
電気ポット			
紙コップ			
紙皿			
割りばし			
延長コード			
体温計			
布団一式(掛・敷布団・枕)			
毛布			
畳			
ティッシュペーパー			
歯ブラシ			
歯磨き粉			
シャンプー			
リンス			
石鹸			
洗濯洗剤			
タオル(バスタオル)			
椅子			
テーブル			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
納入場所	所在地:		
	名称:		
	担当者:	電話	

※福祉避難所連絡員は、この(写)を保管し、上記依頼先及び検収日を記載すること

連絡先	担当部署 : 健康推進課 ・ 福祉課 (災害時要配慮者支援班)
	連絡員氏名 :
	電話 : FAX :

年 月 日

物資依頼書(簡易版) (福祉避難所⇒市連絡員)

輪島市連絡員 様
(健康推進課・福祉課)

福祉避難所()

TEL:

FAX:

福祉避難所において下記の物資等が必要なため調達をお願いいたします。

依頼者()

要請品目	数量	要請品目	数量
全自動洗濯機		その他 ()	
乾燥機		その他 ()	
テレビ		その他 ()	
ラジオ		その他 ()	
ファンヒーター		その他 ()	
冷蔵庫		その他 ()	
髭剃り		その他 ()	
電気ポット		その他 ()	
紙コップ		その他 ()	
紙皿		その他 ()	
割りばし		その他 ()	
延長コード		その他 ()	
体温計		その他 ()	
布団一式(掛・敷布団・枕)		その他 ()	
毛布		その他 ()	
畳		その他 ()	
ティッシュペーパー		その他 ()	
歯ブラシ		その他 ()	
歯磨き粉		その他 ()	
シャンプー		その他 ()	
リンス		その他 ()	
石鹸		その他 ()	
洗濯洗剤		その他 ()	
タオル(バスタオル)		その他 ()	
椅子		その他 ()	
テーブル		その他 ()	
希望納入場所	所在地:		
	名称:		
	担当者:	電話	

【市が受け取った後の手順】

- ① 内容を確認し、様式10-①「物資依頼書」を作成する。
- ② 市災害対策本部総務班長(物資の調達・輸送担当)へFAXにて依頼する。

年 月 日

福祉用具(主に高齢者用)に関する物資依頼書

福祉用具に関する優先供給協定締結事業者 様
 【依頼先(ライフサポート・ケアドゥ・森谷寝具店)ごとに作成】

輪島市長

本市が締結した災害時における物資供給に関する協定に基づき、福祉避難所において下記の物資等が必要なため調達をお願いいたします。

※ 太枠内は介助員等が記入したものを転記

区分	品目	サイズ・種類等	個数	検収日
(記入例)	歩行器・杖	4点杖	2	
購入	紙おむつ(大人用)			
	紙パンツ			
	尿とりパッド			
	ポータブルトイレ			
	トイレパーテーション			
	特殊尿器			
	入浴補助具			
	簡易浴槽			
	介助用エプロン			
	防水シート			
	その他			
レンタル	車いす(付属品含む)			
	ベッド(付属品含む)			
	寝具一式			
	床ずれ防止用具			
	体位変換器			
	手すり			
	スロープ			
	歩行器・杖			
	徘徊感知器			
納入場所	所在地:			
	名称:			
	担当者:		電話	

※福祉避難所連絡員は、この(写)を保管し、上記検収日を記載すること

連絡先	担当部署 : 健康推進課 ・ 福祉課 (災害時要配慮者支援班)			
	連絡員氏名 :			
	電話		FAX	

年 月 日

福祉用具(主に高齢者用)に関する物資依頼書(簡易版)

輪島市連絡員 様
(健康推進課・福祉課)

福祉避難所()

TEL:

FAX:

福祉避難所において下記の物資等が必要なため調達をお願いいたします。

依頼者()

区分	品目	サイズ・種類等	個数
(記入例)	歩行器・杖	4点杖	2
購入	紙おむつ(大人用)		
	紙パンツ		
	尿とりパッド		
	ポータブルトイレ		
	トイレパーテーション		
	特殊尿器		
	入浴補助具		
	簡易浴槽		
	介助用エプロン		
	防水シート		
	その他		
レンタル	車いす(付属品含む)		
	ベッド(付属品含む)		
	寝具一式		
	床ずれ防止用具		
	体位変換器		
	手すり		
	スロープ		
	歩行器・杖		
徘徊感知器			
納入場所	所在地:		
	名称:		
	担当者:	電話	

【市が受け取った後の手順】

- ① 内容を確認し、様式10-②「福祉用具(主に高齢者用)に関する物資依頼書」を作成する(事業者ごとに作成)。
- ② 福祉用具に関する優先供給協定締結事業者へ依頼する。

福祉避難所状況報告用紙

福祉避難所名	
--------	--

	月	日	月	日	月	日	月	日
報告者氏名								
報告時刻								
避難者の状況								
前日までの避難者数								
新規受入数								
退所者数								
当日の避難者数								
緊急を要する事項等								

	月	日	月	日	月	日	月	日
報告者氏名								
報告時刻								
避難者の状況								
前日までの避難者数								
新規受入数								
退所者数								
当日の避難者数								
緊急を要する事項等								