

避難所の被害等チェックシート

避難所名 _____

【施設】

チェック項目		異常なし	異常あり
1	建物の（全体・一部）が破損している。		
2	建物の基礎が損壊している。または基礎と上部建物がずれている。		
3	建物が傾いている。		
4	建物の周辺で（地滑り・がけ崩れ・倒木・浸水）が発生している。		
5	隣接する建物の損壊による危険がある。		
6	建物内にゆがみがある。窓ガラスにひび割れがある。		
7	建物内部の壁や柱に亀裂などがある。		

※以上の項目に「異常あり」が一つでもあった場合は、災害対策本部に連絡し、他の避難場所への移動を含め、使用の可否について検討する。

【設備等】

チェック項目	使用可能	使用不可	チェック項目	使用可能	使用不可
1 電気			8 トイレ		
2 水道			9 照明器具		
3 電話			10 階段		
4 FAX			11 玄関		
5 インターネット			12 障がい者スロープ		
6 テレビ			13 灯油タンク		
7 暖房			14 駐車場		

【その他特記事項】

避難者受付名簿

避難所名

番号	入所日	入所時刻	世帯の代表者氏名		人数
	現住所		(町内会名)	備考	
例	12月24日	18:30	芦別 太郎		5
	芦別市北1条東1丁目3番地		〇〇町内会		

避難者カード

避難所名

整理番号		受付年月日					年 月 日	
家族構成	ふりがな 氏 名	続柄	性別	年齢	血液型	職業	特記事項 (資格や協力できることなど)	
	() 携帯		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	() 携帯		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	() 携帯		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	() 携帯		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	() 携帯		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
ご家族に、特別な配慮が必要な場合などあれば記載してください。								
自宅住所	〒 - 電話							
自宅の状況	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 被害なし				自家用車	車種	No.	
	<input type="checkbox"/> 断水 <input type="checkbox"/> 停電 <input type="checkbox"/> 電話不通				ペット	<input type="checkbox"/> 有(種類) <input type="checkbox"/> 無		
町内会名					支援区分	<input type="checkbox"/> 避難所への入所を希望 <input type="checkbox"/> 在宅のまま食料配給などを希望		
緊急連絡先 (上記家族以外)	氏 名							
	住 所	〒 - 電話						
安否確認があった際の情報提供	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない							
※記載内容に変更があった場合は、その都度申し出てください。								
※避難所運営委員会起債								
退所年月日	年 月 日							
転出先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	〒 - 電話							
【特記事項】								

避難所状況報告書（第 報）

避難所名	
開設日時	年 月 日 時 分
報告日時	年 月 日 時 分
報告者氏名	

避難所	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 電話	
受信手段	<input type="checkbox"/> 移動無線	<input type="checkbox"/> その他	
避難所利用世帯	世帯	避難所利用人数	人
在宅避難世帯数	世帯	在宅避難者数	人
避難行動要支援者人数	人		

第2報以降情報の変更がない場合は左欄にチェックを入れてください。

避難所 施設	安全確認	<input type="checkbox"/> 実施（結果	）	<input type="checkbox"/> 未実施	
	危険箇所	<input type="checkbox"/> あり（詳細	）	<input type="checkbox"/> なし	
周辺状況 （わかる範囲で）	人命救助	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要（約	人）	<input type="checkbox"/> 不明
	延焼	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 延焼中（約	件）	<input type="checkbox"/> 大火の危険
	建物倒壊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（約	件）	<input type="checkbox"/> 不明
	道路状況	<input type="checkbox"/> 通行可	<input type="checkbox"/> 通行に支障あり	<input type="checkbox"/> 通行不可	
	ライフライン	<input type="checkbox"/> 断水	<input type="checkbox"/> 停電	<input type="checkbox"/> 電話不通	
	土砂災害・水害	<input type="checkbox"/> 土砂災害あり	<input type="checkbox"/> 水害あり		

緊急を要する事項（具体的に箇条書き）

参集した町内会・自主防災組織

参集した市職員、施設職員

避難状況を災害対策本部へ報告します。わかる範囲で記入願います。

物資要請書

要望提出日時	年 月 日 時 分
避難所名	
避難所所在地	
避難所連絡先	電話 FAX
避難所担当者名	

避難所記入欄				市記入欄	
分類	品目	依頼数	備考	配送数	処理時間・対応業者等
食料品・飲料					
物資（食料品以外）					

運営委員会名簿

年 月 日現在

役 職	氏 名	連絡先	備 考
委 員 長			
副 委 員 長			
副 委 員 長			
副 委 員 長			

【活動班 班長】

班 名	氏 名	連絡先	備 考
総 務 班			
情報広報班			
施設管理班			
食糧物資班			
救 護 班			
衛 生 班			

【その他、運営会議の参加者】

役 職 等	氏 名	連絡先	備 考

備考

避難所運営記録簿

年 月 日		天候		記入者			
①前日の避難者数		②本日の新規入所者数		③本日の退所者数		本日の避難者数 (①+②-③)	
世帯 (人)		世帯 (人)		世帯 (人)		世帯 (人)	
運営会議内容							
班名				連絡事項			
総 務 班							
情 報 広 報 班							
施 設 管 理 班							
食 糧 物 資 班							
救 護 班							
衛 生 班							
【会議での検討事項】							
【市災害対策本部からの伝達事項】							
【避難所内の主な出来事】							

避難者要望シート

※避難所における要望等がある場合は、この用紙に記載し、避難所運営委員会に提出してください。

提出日	年 月 日 時 分
記入者氏名	

【必要とする物資】

【その他要望事項等】

外泊届出用紙

ふりがな 氏名		
外泊期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
同行者氏名		
緊急時の連絡先電話番号		

退 所 届 出 用 紙

ふりがな 氏名		
退所日	年 月 日 ~ 年 月 日	
一緒に対処する家族	<input type="checkbox"/> 全員が退所する	
安否確認の問い合わせがあった場合、連絡先を答えてもいいですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
退所後に訪ねて来る人や郵便物に対応するために連絡先を記入してください。		
退所後の連絡先	〒 - 電話	

物資受払簿

番号			品名	サイズ・規格など	備考			
年	月	日	受入元	払出先（避難者等）	受入数	払出数	残数	備考
例			（どこから）市		150		150	
				（誰に）芦別太郎		5	145	

取材者用受付用紙

受付日時		年 月 日 時 分			
退所日時		年 月 日 時 分			
取材者	会社名等			氏名	
	連絡先（所在地・電話番号）				
同行者	所 属		氏 名		
取材目的	記者発表等の予定				
特記事項					

記入日： 年 月 日

健康状態チェックカード

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

氏名	性別	年齢
----	----	----

◆体調について

・発熱はありますか	はい ・ いいえ
・息苦しさはありますか	はい ・ いいえ
・味や匂いを感じられない状態ですか	はい ・ いいえ
・咳やたん、のどの痛みがありますか	はい ・ いいえ
・全身倦怠感がありますか	はい ・ いいえ
・嘔吐や吐き気がありますか	はい ・ いいえ
・下痢が続いていますか	はい ・ いいえ
・感染症陽性の方との濃厚接触や家族等身近な方に感染が疑われる方がいますか	はい ・ いいえ

◆ワクチンの接種について

・インフルエンザワクチンを接種していますか	はい ・ いいえ
-----------------------	----------