

氏名: 住所:	性別: 年齢:	日付: 避難所:
------------	------------	-------------

作成：兵庫県立大学看護学部/地域ケア開発研究所

つぎの内容に該当する方は、避難所の保健師・看護職者にお知らせください

該当する箇所の○印を●のように塗りつぶしてください。

あなたやご家族の「健康支援の程度」を確認します

1. ケガや痛みについて（様子を伺います） 2. お薬を飲まれている方へ（必要な医薬品を伺います）

ケガをしていますか	☐ はい	☐ いいえ	お薬を処方されている方ですか	☐ はい	☐ いいえ
痛みはありますか	☐ はい	☐ いいえ	薬がないと症状が急に悪化しそうですか	☐ はい	☐ いいえ

3. つぎの「急を要する方(家族)」に該当しますか（必要な医療提供体制を検討します）

☐ 在宅酸素	☐ 人工透析	☐ インスリン注射	☐ 心不全	☐ ぜんそく	☐ 難病	☐ その他
						☐ なし

4. つぎの方に該当しますか（必要な支援・福祉避難所などを検討します）

☐ 身体障害	☐ 視覚障害	☐ 聴覚障害	☐ 精神障害	☐ 妊産婦	☐ 乳幼児	☐ 車いす
☐ 入歯紛失	☐ 眼鏡紛失	☐ 在宅介護	☐ 寝たきり	☐ 認知症	☐ 一人暮らし	☐ その他
						☐ なし

5. つぎの病気にかかっていますか（持病がないか伺います）

☐ 高血圧	☐ 高脂血症	☐ 糖尿病	☐ 心臓病	☐ 腎臓病	☐ 肝臓病	☐ 脳血管病
☐ 呼吸器病	☐ 感染症	☐ アレルギー	☐ 自己免疫病	☐ 歯の病気	☐ その他	
						☐ なし

あなたやご家族に、インフルエンザや食中毒、体調の変化がないか確認します

6. つぎの自覚症状はありますか

☐ 発熱	☐ せき	☐ 頭痛	☐ 血圧の異常	☐ めまい	☐ はきけ・おうと	☐ 下痢
☐ 腹痛	☐ 便秘	☐ 食欲不振	☐ ストレス	☐ 不安	☐ 睡眠不足	☐ 疲れ
						☐ その他
						☐ なし

発熱、せき、頭痛 → インフルエンザなどの感染症を見つけます
頭痛、血圧の異常、めまい、はきけ・おうと → 心疾患、脳血管疾患の悪化を見つけます
はきけ・おうと、下痢、腹痛 → 食中毒の発生を見つけます
便秘、食欲不振、ストレス、不安、睡眠不足 → 精神的な疲労を見つけます
睡眠不足、疲れ → 肉体的な疲労を見つけます