

福祉避難所の運営方法に係る様式集

様式 3	状況報告書
様式 6	福祉避難所入所に向けた確認票
様式 7	移送先連絡票
様式 8	人材支援依頼書
様式 9	食料・飲料水手配依頼書
様式 10	物資・機器手配依頼書
様式 12	設置・運営等費用報告書



お問い合わせ

京都市 保健福祉局保健福祉部 保健福祉総務課

〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

TEL 075-222-3366 FAX 075-222-3386

【福祉避難所】 状況報告書

福祉避難所名(施設名)

担当者名

TEL
FAX

報告日時

年 月 日 () 午前・午後 時 分

確認者

<避難者の受入可否(いずれかに○印を付けてください)>

ア 可

イ 不可(理由:)

<福祉避難所関係の状況(通常の施設利用者は除く)>

(人)

現在(受入状況)					今後(受入可能人数)						
高齢者	障害者			介助者	合計	高齢者	障害者			介助者	合計
	身体	知的	精神				身体	知的	精神		

<福祉避難所移送対象者の移送協力の可否(いずれかに○印を付けてください)>

ア 可

イ 不可

※ 福祉避難所移送対象者の移送は、原則として家族・地域支援者等による移送となりますが、家族・地域支援者による移送が困難な場合は、福祉避難所に対して移送協力をお願いする場合があります。移送協力をお願いする場合は、改めて区災害対策本部からご連絡をさせていただきます。

<福祉避難所退所状況> ※福祉避難所入所者が退所した場合に記入をお願いします。

No.	氏名	退所日	退所理由	No.	氏名	退所日	退所理由

※ 「No.」については、「福祉避難所入所に向けた確認票」の右上に記載している番号を記載してください。

※ 「退所理由」については、次の内容から選択いただき、上記表に記入してください。

(ア)帰宅 (イ)施設へ入所 (ウ)医療機関に入院 (エ)他の福祉避難所へ移送 (オ)その他(上記表に内容を記入)

<その他特記事項>

--

※ 発災直後の1回目の報告時には、「安全点検チェックリスト(様式2)も併せて提出してください。

※ 福祉避難所開設後は、原則として1日1回、区災害対策本部に報告を行ってください。

施設及び施設周辺の状況等について、記入をお願いします。

1 施設利用者(福祉避難所避難者を除く)及び職員の状況

職員	施設利用者	
	通所	入所

2 地域の状況

土砂崩れ	浸水	道路(※1)	その他
あり	あり	通行可	
なし	なし	片側通行可	
未確認	未確認	通行不可	

(※1)施設から最寄の幹線道路(国道、府道及び市道等)までの道路状況をご回答ください。

3 設備の状況

建物	電気	水道	ガス	電話	FAX	電子メール	車両		その他
							福祉	一般	
異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	利用可 ()	利用可 ()	
異常あり ()	停電	断水	供給停止	不通	不通	不通	利用不可	利用不可	

4 生活必需品の在庫状況(※2)

食料	飲料水	毛布	紙おむつ	トイレ用ペーパー	トイレ用凝固剤
食分	本(※3)	枚	枚	ロール	回分

(※2)現在、施設内に在庫として保管している生活必需品(食料等)を御記入下さい。

(※3)ペットボトル500ml換算

取扱注意

区災害対策本部→福祉避難所

福祉避難所入所に向けた確認票

No.

現所在地	自宅・一般避難所 ()・その他 ()		
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	M.T.S.H . . (歳)
自宅住所等	学 区 :		同居家族
	電話番号 :		なし・あり ()
<被害状況>全壊・全焼・半壊・半焼・一部損壊・流出・床上浸水・床下浸水・被害なし			
緊急連絡先	氏名	続柄	
	住所	電話番号 ()	

<介助者> (福祉避難所への付き添い)

氏名	(続柄)	性別	男・女
自宅住所	電話番号 :		

障害程度	障害支援区分		療 育 手 帳		精神障害者保健福祉手帳											
	身体障害手帳	※1級・2級の情報のみ印字														
	身体障害の種別	視覚	聴覚	平衡	音声	上肢	下肢	体幹	運動	移動	心臓	腎臓	呼吸	直腸	小腸	免疫
要介護度	要介護 (居宅介護事業所名)			要支援 (地域包括支援センター名)												
利用施設	なし・あり 高齢者施設(施設名:)、障害者施設(施設名:)															
医療関係	通院先		主治医名													
	疾患名		薬の服薬		内服の有無:なし・あり(服用薬名:) 手持ちの薬:なし・あり 自立・一部介助 ()・全介助											
医療的ケア	なし・あり(透析、ストーマ装具等、人工呼吸器、たん吸引、経管栄養、じょくそう、その他 ()) 手持ちのストーマ装具等:なし・あり ()															

食事	自立・一部介助 ()・全介助	意思疎通	問題なし・意思疎通が困難
入浴	自立・一部介助 ()・全介助		弱視・全盲・その他 ()
排せつ	自立・一部介助 ()・全介助		難聴・全ろう・その他 ()
歩行	自立・何かにつかまればできる・一部介助 ()・全介助・不可能 補助用具の使用(なし・あり(杖・歩行器・車椅子・その他 ()))		
特記事項	【本人の入所希望】あり・なし 【移送手段】あり ()・なし		

<受入調整進捗管理欄>

	選定段階 (高齢者・障害者)	日時	所属・担当者
区本部	<input type="checkbox"/> 聞取り調査(相手方氏名: 続柄) 【入所の優先度】最優先・高い・中・低い・不要		
	<input type="checkbox"/> マッチング案(施設名:)		
	<input type="checkbox"/> 受入調整(受入受諾/受入不可)		
	<input type="checkbox"/> 【確定】移送先福祉避難所(施設名)		
	<input type="checkbox"/> 避難所運営協議会への連絡状況(相手方)		
福祉避難所	<input type="checkbox"/> 入所日		
	<input type="checkbox"/> 退所日(退所先)		

年 月 日

【福祉避難所】移送先連絡票

福祉避難所移送対象者及び介助者の皆様

区災害対策本部

あなたには、次の福祉避難所に移っていただくこととなりましたのでお知らせします。

【避難先福祉避難所： 】

以下の内容を確認いただくとともに、確認事項を記入のうえ、福祉避難所に到着後、速やかに施設職員にお渡しく下さい。

また、避難先となる福祉避難所に対して、到着予定日及び時刻の目安を事前に連絡していただきますようお願いいたします。

(No.)

御本人	氏名	<input type="text"/>	様	生年月日	<input type="text"/>	(<input type="text"/> 歳)
		(男・女)				
	住所	<input type="text"/>				
	連絡先	<input type="text"/>				
介助者	あり (氏名等 <input type="text"/> (続柄 <input type="text"/>)) なし					
受入施設 (福祉避難所)	施設名	<input type="text"/>				
	所在地	<input type="text"/>				
	TEL	(<input type="text"/>)				

<確認事項>

以下の質問について、お答えください。

外部から問い合わせがあった場合、住所と氏名を公表してよいかお書きください（当てはまる方に○印を記入）。

情報を公表することによって、御親族の方々等に安否を知らせる等の効果がある反面、プライバシーの問題も考えられます。

(本人) 公表して よい・よくない署名 (介助者) 公表して よい・よくない署名

福祉避難所管理者様へのお願い

移送対象者の入所確認に使用しますので、福祉避難所移送対象者の方から、本票をお受け取りいただきましたら、速やかに、 区災害対策本部 (FAX) まで送付いただきますようお願いいたします。

【福祉避難所】 人材支援依頼書
 (どちらかに○をすること→ ①専門スタッフ ・ ②ボランティア)

受付年月日	年 月 日	受付番号	
受付時間	午前・午後 時 分	受付者名	

依頼者 (①②とも記入)	担当者 氏名	(フリガナ) 男・女
	属性	福祉避難所
	住所	
	連絡先	TEL — —
活動場所 (①②とも記入)	住所 連絡先	上記と同じ
	被災の 状況等	避難勧告・指示 <input type="checkbox"/> 発令されている <input type="checkbox"/> 発令されていない
		建物応急危険度判定 <input type="checkbox"/> 緑(調査済) <input type="checkbox"/> 黄(要注意) <input type="checkbox"/> 赤(危険)
		<input type="checkbox"/> 不明()
目標となる 建物・目印	建物内・外の危険箇所等	
必要な資格・技能 (①の場合のみ記入)		
活動内容 (①②とも記入)	希望日時	年 月 日() ~ 時 ~ 時 月 日()
	希望内容	
	希望人数	合計 人 (内訳:男性 人、女性 人、どちらでも 人)
資器材 (②の場合 のみ記入)	活動場所 にある物	
	VCから 持参する物	
活動結果の 確認	完了・継続	備考(「継続」の場合の引継ぎ事項等)

※マッチング時に集めるポストイットは裏面に貼り付けます。(センター管理分のみ)

【福祉避難所】 食料・飲料水手配依頼書

福祉避難所名

TEL:

FAX:

依頼日時

年 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名			
依頼内容	食料	月 日 () 分	食
	飲料水	月 日 () 分	㊦
受領日時	食料	月 日 () 午前・午後 時 分 (食)	
		月 日 () 午前・午後 時 分 (食)	
	飲料水	月 日 () 午前・午後 時 分 (㊦)	
		月 日 () 午前・午後 時 分 (㊦)	
特記事項	※うち、やわらかい食料 食		

※区災害対策本部使用欄

受信日時

年 月 日 () 午前・午後 時 分

受信者所属・氏名			
手配内容	食料	月 日 () 分	食
	飲料水	月 日 () 分	㊦
手配日時	食料	月 日 () 午前・午後 時 分 (食)	
		月 日 () 午前・午後 時 分 (食)	
	飲料水	月 日 () 午前・午後 時 分 (㊦)	
		月 日 () 午前・午後 時 分 (㊦)	
特記事項	手配先等		

【福祉避難所】物資・機器手配依頼書

福祉避難所名

TEL:

FAX:

依頼日時

年 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名					
	依頼物資等品名・数量	受領日時			
1		月	日 ()	午前・午後	時 分
2		月	日 ()	午前・午後	時 分
3		月	日 ()	午前・午後	時 分
4		月	日 ()	午前・午後	時 分
5		月	日 ()	午前・午後	時 分
特記事項					

※区災害対策本部使用欄

受信日時

年 月 日 () 午前・午後 時 分

受信者所属・氏名					
	手配物資等品名・数量	手配日時			
1		月	日 ()	午前・午後	時 分
2		月	日 ()	午前・午後	時 分
3		月	日 ()	午前・午後	時 分
4		月	日 ()	午前・午後	時 分
5		月	日 ()	午前・午後	時 分
特記事項					

【福祉避難所】 設置・運営等費用報告書

福祉避難所の指定に係る協定書の規定に基づき、福祉避難所の設置・運営等に要した費用について、下記のとおり届け出ます。

記

I. 福祉避難所の状況等

1. 福祉避難所名			
2. 開設期間	開設日： 年 月 日	～	閉鎖日： 年 月 日
3. 実収容人数(人)	要配慮者： 人	介助者： 人	
4. 延べ収容人数(人日) ※	要配慮者： 人日	介助者： 人日	

※毎日の収容者数を累計したもの

II. 設置・維持管理等にかかった費用

項目	品名等	数量	単価	金額
合 計				

平成 年 月 日

所在地

法人名

代表者職氏名

印