福祉避難所に係る様式集

様式１　公的備蓄物資の点検表
様式２　安全点検チェックリスト
様式３　状況報告書
様式４　開設要請書
様式５　受入可否調査票
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
その他　健康調査票

各種様式の電子データは，京都市情報館（京都市の公式ホームページ）の「京都市福祉避難所移送対象者の選定方法及び受入調整等に関するガイドライン（令和３年２月改定）」の掲載ページからダウンロード可能です。
https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000212284.html

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

様式2

福祉避難所名(施設名)

TEL:
FAX:
担当者名:

安全点検チェックリスト

			ない	ある
建物自体や周辺状況に係る安全性のチェック	チェック1　建物周辺　全体			
	①	周辺の建物，擁壁，塀，地盤及び道路等に危険はありませんか？(周辺の建物が倒れてきそう。地盤が沈下しそう。など)		
	②	建物の形が大きく変わっていませんか？(建物の一部が崩れている。階がつぶれている。など)		
	③	建物が傾いたり，建物が沈んでいませんか？		
	チェック2　基礎　構造体			
	①	【鉄骨造】鉄骨の骨組みが壊れていたり，大きな変形はありませんか？(柱の一番下，柱と梁の接合部など)		
	②	【鉄筋コンクリート】柱，梁が壊れていたり，大きなひび割れ(概ね幅2㎜以上)がありませんか？		
	③	【木造】壁に大きなひび割れや，亀裂などはありませんか？		
	④	【共通】建物の基礎の一部が崩れていたり，基礎に大きなひび割れがありませんか？		
	⑤	【共通】基礎と基礎の上の建物にずれがありませんか？		
福祉避難所として使用するうえでの安全性のチェック	チェック3　避難ルート			
	①	避難所利用者の避難ルートを複数確保するうえで，危険と判断される部分がありませんか？(避難ルートの出入口が開閉できない。避難ルートの床にガラスの破片が散乱している。など)		
	チェック4　落下・転倒			
	①	以下の部位が，地震により落下・転倒していませんか？ または，大きな余震等により落下・転倒する危険がありませんか？		
		ア)　屋根の材料(瓦など)		
		イ)窓枠，窓ガラス		
		ウ)壁(外壁の一部や室内の壁，ブロック塀など)		
		エ)看板や機械類(屋外機など)		
		オ)天井，照明器具		
		カ)室外階段		
		キ)室外，屋上等に設置してある倉庫など		
		ク)その他　(棚など):(　　)		
		(　　)		
		(　　)		
その他	チェック5　その他			
	①	その他，危険と判断される状況はありますか？(　　)		
		(　　)		

※　全ての項目が，「ない」であることを確認してください。

※　「福祉避難所として使用するうえでの安全性のチェック」には，福祉避難所として使用するスペースはもとより，福祉避難所開設時において，食堂やトイレ等の共用スペースを使用する必要がある場合は，これを含みます。

様式3

福祉避難所 → 区災害対策本部

【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」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，記入等をお願いします。

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・なし・未確認	あり・なし・未確認	通行可・片側通行可・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・異常あり（　）	異常なし・停電	異常なし・断水	異常なし・供給停止	異常なし・不通	異常なし・不通	異常なし・不通	利用可（　）・利用不可	利用可（　）・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	トイレットペーパー	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

様式4

区災害対策本部　→　対象施設

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

【福祉避難所】　開設要請書

福祉避難所の設置及び運営につき，下記のとおり要請します。

記

対象施設名称	
開設日	年　　月　　日（　　）から
備考	

区　災害対策本部長

年　　月　　日

区災害対策本部長様

上記開設要請及び運営について，承諾します。

施設名

管理者

様式５

区災害対策本部→福祉避難所→区災害対策本部

年　　月　　日

（施設名）
福祉避難所管理者様

区災害対策本部

【福祉避難所】受入可否調査票

以下のとおり，要配慮者のマッチングを行いましたので，受入れを依頼いたします。対象者の詳細については，別添の「福祉避難所入所に向けた確認票」を参照してください。

受入れの可否については，「受入可否」欄に記入のうえ，本票を　　区災害対策本部（ＦＡＸ　　－　　）まで送付してください。

（No.　　）

No.	氏名	受入可否（当てはまる方に○印を記入）
		ア　可 イ　不可（理由　　）
		ア　可 イ　不可（理由　　）
		ア　可 イ　不可（理由　　）
		ア　可 イ　不可（理由　　）
		ア　可 イ　不可（理由　　）

※　万一，受入不可となる場合には，今後のマッチングの参考としますので，可能な範囲で「理由」を記載いただきますようお願いします。

年　　月　　日

区災害対策本部御中

福祉避難所移送対象者の受入れについて，上記のとおり回答します。

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
管理者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式６

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： 電話番号：		同居家族 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	肝臓

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	□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		
	□マッチング案（施設名：　　）		
	□受入調整（受入受諾／受入不可）		
	□【確定】移送先福祉避難所（施設名　　）		
	□避難所運営協議会への連絡状況（相手方　　）		
福祉避難所	□入所日		
	□退所日（退所先　　）		

様式７

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ださい。

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します。

（No.　　）

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

＜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（当てはまる方に〇印を記入）。

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します。

No.

健 康 調 査 票

本日の体調等を記入してください。

氏 名

1	発熱はありますか 【 ℃】	はい・いいえ
2	鼻水・鼻づまりはありますか	はい・いいえ
3	せきやたんはありますか	はい・いいえ
4	のどの痛みはありますか	はい・いいえ
5	息苦しさはありますか	はい・いいえ
6	胸の痛みはありますか	はい・いいえ
7	全身倦怠感（からだがとてもだるい）はありますか	はい・いいえ
8	味の感じ方・においの感じ方に異常はありますか	はい・いいえ
9	下痢・腹痛はありますか	はい・いいえ
10	嘔吐・吐き気はありますか	はい・いいえ

11	新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者 （健康観察期間中（２週間）の方）ですか	はい・いいえ
12	新型コロナウイルス感染症に感染し， 治癒後４週間経過していない方ですか	はい・いいえ

13	糖尿病，心不全，呼吸器疾患（COPD等）等の基礎疾患がある方や透析を受けている方，免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方に該当しますか	はい・いいえ