

災害アセスメントシート

実施日時	年 月 日 ()	担当	
方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> その他 ()	優先度	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低
利用者	氏名		住所
	電話		携帯
	現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	最もつながりやすい連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
本人等の自覚する被害状況	本人	家族(継続)	家屋状況・周辺
	○ケガの状況 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒部位 () ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	○ケガの状況 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒部位 () ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	○家屋の破損 <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ○ライフラインの状態 電気 <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> OK ガス <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> OK 水道 <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> OK 復旧のめど ()
	○心理面の変化 <input type="checkbox"/> 落ち込み <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 恐怖心 <input type="checkbox"/> その他 ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	○心理面の変化 <input type="checkbox"/> 落ち込み <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 恐怖心 <input type="checkbox"/> その他 ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	
	○体調面の変化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒内容 () ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	○体調面の変化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒内容 () ⇒治療 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 受診必要 (へ)	○自宅周辺の状況
	<input type="checkbox"/> 安全な場所にいる <input type="checkbox"/> 避難したい(必要性あり) ⇒ <input type="checkbox"/> 自力可能 ⇒避難場所 ()⇒何時まで <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ()日程度 自力不可能⇒ あり なし ⇒必要な対応 () <input type="checkbox"/> 避難したくない(必要性あり) <input type="checkbox"/> ⇒理由 () ⇒対応 ()		

年 月 日() 担当者()

困っていること	<input type="checkbox"/> 食事づくり <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 薬の管理	
	<input type="checkbox"/> 病院のことが不安 <input type="checkbox"/> 話し相手(相談相手)がない <input type="checkbox"/> 書類の記入	
	<input type="checkbox"/> 住居のこと <input type="checkbox"/> 今後の生活	
	<input type="checkbox"/> その他()	
今後の予定 ※希望	<input type="checkbox"/> このままの状態で過ごしたい	
	<input type="checkbox"/> その他	
	内容()	
本人の状況	変化	今回の状況
	身体面 からだ	食事・服薬・整容・排泄・意思伝達・他の状況
	精神面 こころ	心理面・規則正しい生活サイクル・寂しさ・不安 他の状況
行動面 うごき	転倒経験・買い物動作・調理の動作・着衣の動作 他の状況	
社会面 かかわり	友人関係・書類金銭管理・近隣関係・情報収集 他の状況	
特記事項 ※担当者の所感		
対応欄		状況の変化に応じて、対応した場合に具体的に記入してください
関係機関への連絡		<input type="checkbox"/> 連絡不必要
		<input type="checkbox"/> 連絡必要
		⇒誰に()
		⇒内容()