

## D H E A T ・ 公衆衛生派遣チームチェックリスト（地域）

※災害種別	地震 ・ 津波 ・ 集中豪雨 ・ 土砂 ・ 噴火 ・ その他( )
-------	-----------------------------------

チェック日	年 月 日 ( )			
地域名				
※地域概況	人口	人		
	性別	男	人	
		女	人	
	年齢構成	15歳以下	人	
		16-64歳	人	
		65歳以上	人 (再掲 75歳以上 人)	
	主な産業			
交通機関				
被害	死者数	人		
	避難者数	避難所避難者数→ 人		
避難所数				
仮設住宅	設置箇所数	予定数→	設置済数→	
	住宅数	予定数→	設置済数→	
	入居開始日	予定日→	開始日→	
	入居数	入居世帯数→	入居人数→	

※は健康局で事前記入（上記項目は事務職がチェック。）

### ◆ライフライン（事務職がチェック。）

	状況	状況記録
電気		
ガス		
水道		
交通 (電車・バス・車)		
固定電話		
携帯電話		

※各ライフラインが通じている場合は「○」、通じていない場合は「×」、一部の場合は「△」を状況欄に記入。

◆**基盤施設**（②は栄養士がチェック。その他は監視員がチェック。）

		状況	状況記録
①	食糧製造施設	有 無	
	稼働施設数	カ所	
	主な稼働施設内容	※種類・製造量(食分/日)等を記載	
②	特定給食施設	有 無	
	主な施設		
	稼働施設数	カ所	
②	給水施設の稼働状況		
③	清掃工場の稼働状況		
④	廃棄物の収集状況		

※「有無」はどちらかを○で囲む。

※③④⑤は、稼働していない場合は「×」、一部稼働の場合は「△」、稼働の場合は「○」を状況欄に記入。

◆**稼働医療機関**（搬送可能な近隣施設を含む）（事務職がチェック。）

医療機関名	診療科	所在地	連絡先	担当者名	備考

◆**稼働支援・入所施設**（搬送可能な近隣施設を含む）（事務職がチェック。）

施設名	支援対象	所在地	連絡先	担当者名	備考

◆**自治体**（保健衛生部門の稼働状況）（事務職がチェック。）

	状況	連絡先	担当者名	状況記録
保健所				
基礎自治体の保健衛生部門				

※稼働している場合は「○」、稼働していない場合は「×」、一部稼働の場合は「△」を状況欄に記入。

注) チェックすべき職が派遣されていない場合は、チームリーダーの指示に基づき、他の職が可能な範囲でチェックする。

## D H E A T ・ 公衆衛生派遣チームチェックリスト（避難所）

（事務職がチェック。）

チェック日	年 月 日 ( )		
避難所名(所在地)			
概要	構造／階建	鉄筋 ・ 木造	階建
	収容可能人数		
	設備(空調等)		

### ◆入所者（構成）（事務職がチェック。）

		人数	補足記録
入所者数（総数）			
性別	男		
	女		
年齢	15歳以下		
	16-64歳		
	65歳以上		(再掲 75歳以上 人)

### ◆運営組織（事務職がチェック。）

	担当者名	状況	補足記録
避難所運営組織		有 無	

※「有無」はどちらかを○出囲む。

### ◆他の支援団体チーム（事務職がチェック。）

団体名	担当者名	支援内容	補足記録(活動頻度等)

### ◆ライフライン（事務職がチェック。）

	状況	補足記録
電気		
ガス		
水道		
固定電話		
携帯電話		
F A X		

※各ライフラインが通じている場合は「○」、通じていない場合は「×」を状況欄に記入。

## ◆ハイリスク者（保健師がチェック。）

	人数	補足記録
<b>高齢者</b>		
うち要介護者		
うち認知症		
<b>妊婦</b>		
うち妊婦健診受診困難者		
<b>乳児</b>		
<b>幼児</b>		
<b>外国人</b>		
<b>服薬者</b>		
うち高血圧薬		
うち糖尿病薬(インシュリン含む)		
うち向精神薬		
その他		
<b>難病患者</b>		
<b>医療機器等利用者</b>		
うち在宅酸素		
うち人工呼吸器		
うち透析		
他(胃ろう・留置カテーテル等)		
<b>障がい者</b>		
うち精神障がい者		
うち身体障がい者		
うち知的障がい者		
うち視覚障がい者		
うち聴覚障がい者		
<b>感染症者</b>		
うち感染性胃腸炎		
うち結核		
その他		
<b>その他健康問題がある者</b>		
うち精神的不安定者		
うちアレルギー		
うち食物アレルギー		
うち嚥下困難者		
その他		

※複数の項目に該当する者は、それぞれの項目にカウントする。

◆生活環境（①は栄養士がチェック。その他は保健師がチェック。）

	状況	補足記録
①食事（回数）	回／日	
主な食事内容		
	調理の有無	有 無
②トイレ	か所	
③手洗い場	か所	
④入浴状況 (何日に1回入浴が可能か)	日／回	

※「有無」はどちらかを○で囲む。

◆生活用品の支給状況（保健師がチェック。）

	状況	状況記録（不足数等を記入）
水		
紙おむつ		
哺乳瓶		
ミルク		
衛生用品		
寝具		
衣類		
カイロ		
その他		

※支給が十分な状況の場合は「○」、不十分な場合は「×」を状況欄に記入。

◆保健衛生物品の支給状況（保健師がチェック。）

	状況	状況記録（不足数等を記入）
消毒薬		
うがい薬		
包帯		
ペーパータオル		
常備薬		
その他		

※支給が十分な状況の場合は「○」、不十分な場合は「×」を状況欄に記入。

注) チェックすべき職が派遣されていない場合は、チームリーダーの指示に基づき、他の職が可能な範囲でチェックする。

## DHEAT・公衆衛生派遣チームチェックリスト（仮設住宅）

チェック日	年 月 日 ( )
住宅地名	

### ◆入居者（構成）（事務職がチェック。）

		数	補足記録
仮設住宅数			
入居者数			
性別	男		
	女		
年齢	15歳以下		
	16-64歳		
	65歳以上		(再掲 75歳以上 人)
入居世帯数			
単身者世帯数			
高齢者世帯数			
	人数		
一人親世帯			
	人数		
その他世帯数			
	人数		

※「高齢者世帯」は、65歳以上高齢者が一人以上存在する世帯。

※「一人親世帯」は、未成年者と一人親の世帯。

### ◆自治組織（事務職がチェック。）

	担当者名	状況	補足記録
仮設住宅自治組織		有 無	

※「有無」はどちらかを○で囲む。

### ◆他の支援団体チーム（事務職がチェック。）

団体名	担当者名	支援内容	補足記録(活動頻度等)

◆ハイリスク者（保健師がチェック。）

	人数(計)	単身世帯	高齢世帯	一人親世帯	その他世帯	補足記録
<b>高齢者</b>						
うち要介護者						
うち認知症						
<b>妊婦</b>						
うち妊婦健診受診困難者						
<b>乳児</b>						
<b>幼児</b>						
<b>外国人</b>						
<b>服薬者</b>						
うち高血圧薬						
うち糖尿病薬(インシュリン含む)						
うち向精神薬						
その他						
<b>難病患者</b>						
<b>医療機器等利用者</b>						
うち在宅酸素						
うち人工呼吸器						
うち透析						
他(胃ろう・留置カテーテル等)						
<b>障がい者</b>						
うち精神障がい者						
うち身体障がい者						
うち知的障がい者						
うち視覚障がい者						
うち聴覚障がい者						
<b>感染症者</b>						
うち感染性胃腸炎						
うち結核						
その他						
<b>その他健康問題がある者</b>						
うち精神的不安定者						
うちアレルギー						
うち食物アレルギー						
うち嚥下困難者						
その他						

※複数の項目に該当する者は、それぞれの項目にカウントする。



