

様式集

鳥取県災害派遣福祉チーム

鳥取県災害派遣福祉チーム派遣指示書

鳥取県知事 印

月 日に で発生した 災害（次派遣チーム用）への派遣を指示します。

記

1 派遣期間 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

2 派遣先

派遣先市町村 : 県 市・町・村

現地災害対策本部：住所 _____

TEL _____

Mail _____

活動予定先 : _____ 避難所 ・ 未定

派遣要請 : (あり・なし)

要請内容 :

3 集合日時、場所

集合日時 : 年 月 日（ ） 時

集合場所 :

● チーム編成

	役割	氏名	所属施設（団体）	携帯 TEL/Mail	靴	服
1	リーダー					
2						
3						
4						
5						

● 宿泊先

_____ ・ 未定（ 事務局手配予定・現地手配 ）

住所： _____

TEL： _____

（裏面に続く）

● 現地の状況（地図等があれば添付のこと）

【道路状況】

【ライフライン】

【活動予定避難所の状況】

・ 避難者の状況

・ ライフライン

・ 避難所連絡会議設置の有無

・ 既に活動している団体

【その他】

事務局（県福祉保健課）担当 _____

TEL0857-26-7158 FAX0857-26-8116 Mail fukushihoken@pref.tottori.lg.jp

関係者連絡先一覧

【平成 年 月 日 県 市・町・村 災害】

連絡先	電話番号	メール
県福祉保健課		
福祉保健課		
県庁代表		
担当者個人 ()		
協力団体事務局		
事務局直通		
事務局代表		
災害時優先		
担当者個人 ()		
担当者個人 ()		
被災地関係者		
〇〇市町村災害対策本部 要援護者担当 () 医療担当 ()		
〇〇避難所 運営者 () 要援護者担当 () 管理者 ()		
市町村保健センター 災害統括保健師 () 〇〇避難所担当保健師 ()		
1次チーム		
チーム公用携帯		
チーム Ipad モバイル		
リーダー :		
その他		

チーム携行品チェック表

※事務局に控えを提出

【平成 年 月 日 県 市・町・村 災害 次チーム（ ）用】

	搬出形態	品名	単位	想定数	重要度	持出数
チーム用	単品	車両用マグネットシート（4種5枚セット）	セット	1	A	
		ポータブルトイレ	台	3	A	
		ポータブルトイレ消耗品（1箱100回分）	箱	3	A	
		ガソリン携行缶（20L）	缶	2	A	
		メンテナンスキット	セット	1	A	
		ポリタンク	個	6	A	
		プライバシースクリーン	台	2	A	
		大型救急箱（50人用）	セット	1	B	
		保冷ボックス	台	2	B	
		保湿アルミシート	枚	10	B	
		テント（骨組み1・2、屋根四方幕付き）3箱1セット	セット	1	B	
		投光機	台	1	B	
		小型発電機（ガソリンタイプ）	台	1	B	
		スコップ等機材セット	セット	1	B	
		バケツ	個	3	B	
		ダンボール（箱型10枚1セット）	セット	1	B	
	BOX	ブルーシート	枚	3	A	
		ランタン（USB充電 or 単4×4 or 手回）	個	1	A	
		デジカメ（SD付、専用充電電池 or 単3×1）	台	1	A	
		PCタブレット（充電器等一式）	台	1	A	
		カセットコンロ	台	2	A	
		カートリッジガスボンベ	本		A	
		ガスマッチ（チャッカマン）	本	2	A	
		ゴム手袋 Mサイズ（100枚入）	箱	5	A	
		Lサイズ（100枚入）	箱	5	A	
		ビニール手袋 Mサイズ（100枚入）	箱	5	A	
		Lサイズ（100枚入）	箱	5	A	
		タオル（30枚1セット）	セット	1	A	
		ポリ袋 600×460（1袋100枚）	袋	1	A	
		450×300（1袋100枚）	袋	1	A	
		名札・腕章（避難者スクリーニング用）	枚	60	A	
			スケッチブック A3	冊	4	B
	小型発電機（ガスタイプ）	台		B		

		カートリッジガスボンベ	本		B	
個人用	リュック	リュック	個	6	A	
		多機能ライト（ラジオ付、単4×4or 手回）	個	6	A	
		ヘッドランプ（単3）	個	6	A	
		防塵メガネ	個	6	A	
		カッター	個	6	A	
		万能はさみ	個	6	A	
		スケッチブック A4	冊	6	A	
		雨具	個	6	A	
		筆記用具セット	セット	6	A	
		内履き（サイズ： クリップボード（A3）	冊	6	A	
	BOX	ヘルメット	個	6	A	
		防寒着（上のみ）（サイズ： ユニフォーム（上・下）（サイズ： ベスト	枚	6	A	
		安全長靴（サイズ： 寝袋	個	6	A	
		エアークッション	個	6	A	
		毛布（1人2枚）	枚	12	A	
		トランシーバー（専用バッテリーor 単3）	個	6	A	

※ 初動時に手配する資機材等の例

物品等		総定数	持出数
現金		概ね 10 万円	
緊急通行車両証		各チーム1	
優先給油所（携行缶用ガソリン）			
公用携帯電話（可能であれば衛星電話）		各チーム2	
Ipad 用モバイル		各チーム1	
ノート PC、PC 用プリンター		各チーム1	
事務用品（A4用紙、セロテープ、ガムテープ、模造紙、カラーマジック、ホチキス、電卓、ファイル、パンチ）		必要数	
飲料水・生活用水、食糧、トレペ		必要量	
冬	反射式ストーブ、灯油	必要数	
夏	扇風機	必要数	

鳥取県災害派遣福祉チーム活動計画書

リーダー： _____

1 派遣期間： 平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()

2 派遣先： _____ 県 _____ 市・町・村

現地災害対策本部：住所 _____

TEL _____ 担当者 _____

3 活動計画・方針 活動先 _____ 町・地区 _____ 避難所 _____

(1) 活動方針

--

(2) 活動計画

日目	AM	PM
1		
2		
3		
4		
5		

4 追加派遣等の可能性

--

5 その他の情報

--

アセスメント表・ケース記録

作成者 _____

聴取り日時 月 日 時 () 分	初回・() 回目 方法 (面接・訪問・その他) 聴取り (本人・家族 :)	高齢 その他 ()
氏名 男・女	避難所内の生活場所	
生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)		
自宅住所		
携帯電話		自宅電話
<<介護者、家族等>> <input checked="" type="checkbox"/> 緊急 介護者 (あり・なし)		<<利用サービス等>>
<<介護度の状況>> <input checked="" type="checkbox"/> 緊急 介護度 (～2・3・4・5)、精神的に不安定、集団生活困難、難病		
<<現在受診中の病気及び服薬等の状況>> <input checked="" type="checkbox"/> 緊急 中断できない服薬あり、ストマー (確保不可)、その他 ()		<<特別な医療ケア>> <input checked="" type="checkbox"/> 緊急 ケガあり・人工呼吸器、吸引、在宅酸素、人工透析、インシュリン注射、その他の特別な医療()、電源必要
<<かかりつけ医等>>		<<既往歴>>
<<緊急対応策>> 避難所生活 (可・不可) ⇒ 緊急入院 ・ 緊急入所 ・ 他施設搬送 () 別室確保・一般スペースにて (支援 ・ 見守り)		
【理由】 本人・家族の同意 (あり・なし) 同意サイン (: 続柄)		

《被災状況》

《本人・家族のニーズ》

《避難所環境下での状況》

	食事	保清	着脱	排泄	移動	意思疎通	判断・記憶
自立							
一部介助							
全介助							
支援のポイント・備考等							

《ベッド・補装具等福祉器具等》

《当面の対応策》

別室確保 ・ 一般スペース対応

本人・家族の同意 (あり・ なし) 同意サイン (: 続柄)

【様式6】

活動日報 【 **避難所** **次チーム** : **年** **月** **日分**】

※ 本日の活動内容を簡潔に、箇条書きで記載。数字で表せるものはできる限り数字。

活動内容	今後の対応策

その他事務局等への情報提供

--