**様式集**

鳥取県災害派遣福祉チーム

【様式１】

**鳥取県災害派遣福祉チーム　派遣に伴う緊急連絡先報告書**

チーム員がＤＷＡＴとして派遣される際、ケガなどの緊急時に備え、本人以外の緊急連絡先及び自宅住所等をご記入し、ＤＷＡＴ事務局までご提出ください。

（１）本人の氏名（派遣チーム員）：

（２）本人の携帯電話番号：

（３）自宅住所：

（４）緊急連絡先（携帯電話番号及びメールアドレス）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．家族・  親族 | 続柄（　　　　　） | 携帯電話 |  |
| 氏名： | メールアドレス |  |
| ２．所属先 | 所属先名： | | |
| 役職（　　　　　） | 電話番号 |  |
| 氏名： | メールアドレス |  |
| ３．その他 |  | 電話番号 |  |
| 氏名： | メールアドレス |  |

**「緊急連絡先報告書」に記載された個人情報は、派遣にかかる緊急連絡及び緊急時に必要な場合、**

**その他派遣業務に必要な場合にのみ使用し、それ以外には使用しません。**

【様式２】

**関係者連絡先一覧　　　　　【　　　　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（　　　） |  |  |
|  |  |  |
| DWAT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 |  |  |
| ○○市町村災害対策本部  要援護者担当（　　）  　医療担当（　　） |  |  |
| ○○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（　　　）  　○○避難所担当保健師（　　） |  |  |
| １次チーム |  |  |
| チーム公用携帯 |  |  |
|  |  |  |
| リーダー： |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| その他 |  |  |
|  |  |  |

【様式３】

作成日　　　　　　　　年　　月　　日

**鳥取県災害派遣福祉チーム編成書**

　　月　　日に　　　　　で発生した　　　　　　災害（第　　クール派遣チーム用）への派遣は以下のとおり。

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） | 主な資格 | 電話番号 |
| 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：

* 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（県社協）担当　　　　　　　　　　電話0857-30-6367

　ファクシミリ0857-59-6341　　電子メール saigai-c@tottori-wel.or.jp

県福祉保健課　　担当　　　　　　　　　　電話0857-26-7142

　ファクシミリ0857-26-8116 　電子メール fukushihoken@pref.tottori.lg.jp

【様式４】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **チーム携行品チェック表**  **【　　　　年　　月　　日　鳥取県災害派遣福祉チーム「第○○クール」】** | | | | | |
| **No** | **品名** | | **単位** | **持出数** | **現在の数** | **備考** |
| 1 | ポータブルトイレ | | 台 |  |  |  |
| 2 | ポータブルトイレ消耗品（１箱100回分） | | 箱 |  |  |  |
| 3 | ガソリン携行缶（20Ｌ） | | 缶 |  |  |  |
| 4 | ランタン（USB充電or単4×4or手回） | | 個 |  |  |  |
| 5 | デジカメ（ＳＤ付、専用充電池） | | 台 |  |  |  |
| 6 | 蓄電池 | | 台 |  |  |  |
| 7 | 体温計 | | 台 |  |  |  |
| 8 | 血圧計 | | 台 |  |  |  |
| 9 | ラミネーター・ラミネートフィルム | | セット |  |  |  |
| 10 | 衛生用品　マスク・ゴム手袋・ビニール手袋 | | セット |  |  |  |
| 11 | ポリ袋　600×460（1袋100枚） | | 袋 |  |  |  |
| 12 | 名札・腕章（避難者スクリーニング用） | | 枚 |  |  |  |
| 13 | 多機能ライト（ラジオ付、単４×4or手回） | | 個 |  |  |  |
| 14 | 防塵メガネ | | 個 |  |  |  |
| 15 | スケッチブックA4 | | 冊 |  |  |  |
| 16 | スケッチブックA3 | | 冊 |  |  |  |
| 17 | 雨具 | | 個 |  |  |  |
| 18 | 筆記用具セット（ペン、マーカー、ふせんなど） | | セット |  |  |  |
| 19 | クリップボード（Ａ４） | | 冊 |  |  |  |
| 20 | カッター・万能はさみ | | 個 |  |  |  |
| 21 | 筆談ボード | | 個 |  |  |  |
| 22 | ヘルメット | | 個 |  |  |  |
| 23 | 安全長靴（サイズ： | | 足 |  |  |  |

* **初動時に手配する資機材等の例**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 物品等 | 単位 | 持出数 | 現在の数 | 備考 |
| 現金（概ね１０万円） | セット |  |  |  |
| 緊急通行車両証 | セット |  |  |  |
| 公用携帯電話（可能であれば衛星電話） | 台 |  |  |  |
| ノートPC①・②、PC用プリンター（インクジェット） | セット |  |  |  |
| USB・USBポータルタブ | セット |  |  |  |
| 事務用品（A４・A３用紙、セロテープ、ガムテープ、模造紙、ホチキス、カラーマジック、電卓、クリアファイル、ファイル、パンチ） | セット |  |  |  |
| 飲料水・生活用水、食糧、トイレットペーパー |  |  |  |  |

【様式５】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　　年　　月　　日

**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　：　　　　　　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

|  |
| --- |
|  |

【様式６】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **アセスメント票**  初回　・（　　）回 | | 方法 | | | 対象者 | | | | | 担当者（自治体名） | | | | | | |
| ・面接　・訪問  ・電話  ・その他 | | | 乳児　　幼児  妊婦　　産婦　高齢者  障害者（身体・知的・精神）  その他（　　　） | | | | |  | | | | | | |
| 相談日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| **保管先** | | 時間 | | |  | | | |
|  | | 場所 | | |  | | | |
| 基本的な状況 | 氏名（フリガナ） | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | | | | | | 年齢 |
|  | | | | 男・女 | | | M・T・S・H・R　　年　　月　　日 | | | | | | | | 歳 |
| 被災前住所 | | | | 連絡先 | | | | | 避難場所 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | 自宅  自宅外：車・テント・避難所  (避難所名：　　　　　　　　　) | | | | | | |
| ①現住所 | | | | 連絡先 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| ②新住所 | | | | 連絡先 | | | | | 家族状況 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | 独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯  　家族問題あり（　　　　　　　） | | | | | | |
| 情報源、把握の契機／相談者がいる場合、本人との関係・連絡先 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 被災の状況 | | | | | | | | | 制度の利用状況 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | ・介護保険（要支援　 要介護 　）  ・身体障害者手帳（　　　級）  ・療育手帳（　　級）  ・精神保健福祉手帳（　　級）  ・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 家に帰れない理由 | | | | | | | | |
| 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因（恐怖など）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 身体的・精神的な状況 | 既往歴 | | | 現在治療中の病気 | | | | 内服薬 | | | | | | | | |
| 高血圧、脳血管疾患、  高脂血症、糖尿病、  心疾患、肝疾患、 腎疾患、精神疾患、 結核、難病、アレルギー、 その他(　　　　　　　) | | | 高血圧、 高脂血症、 糖尿病、 心疾患、 肝疾患、 腎疾患、 精神疾患、 結核、 難病、 アレルギー、 その他(　　　　　　) | | | | なし　・　あり（中断　・　継続）  内服薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 医療器材・器具 | | | | | | 医療機関名 | | |
| 在宅酸素　・　人工透析  その他( 　　 　) | | | | | | 被災前：  被災後： | | |
| 食事制限 | | | | | | 血圧測定値 | | |
| なし・あり  内容(　　　　　　　　　)  水分 (　　 　　　　　　) | | | | | | 最高血圧：  最低血圧： | | |
| 現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載) | | | | | | | | | 具体的自覚症状(参考) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | ①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他 | | | | | | |
| 日常生活の状況 |  | 食事 | 保清 | | | 衣類着脱 | 排泄 | | 移動 | | 意思疎通 | | | | 判断力・記憶 | その他 |
| 自立 |  |  | | |  |  | |  | |  | | | |  |  |
| 一部介助 |  |  | | |  |  | |  | |  | | | |  |  |
| 全介助 |  |  | | |  |  | |  | |  | | | |  |  |
| 備考 |  |  | | |  |  | |  | |  | | | |  |  |
| 個別相談活動 | 相談内容 | | | | | | | | | 支援内容 | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 今後の支援方針 | | | | | | |
| 解決  継続 | |  | | | | |

ＤＷＡＴ聞き取り事項

●聞き取り者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●日時（　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分）

●場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 本人・家族のニーズ |
|  |
| 支援のポイント |
|  |
| サービス利用状況（発災前） |
|  |
| 関係機関・支援関係者（地域の関係者・ご近所の人含む） |
|  |
| その他 |
|  |

経　過　用　紙

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 場所 | | 避難所名（　　　　　　　　）  仮設住宅名（　　　　　　　）  自宅 | 氏名 |  | No. |
| 月日 | 相談方法 | 相談内容 | 指導内容（今後の計画含む） | | 担当者 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

【様式７】

※翌朝９時００分までに報告

E-mail　　　saigai-c@tottori-wel.or.jp

電話番号　　（０９０）●●●●－●●●●

**鳥取県災害派遣福祉チーム　活動日報（第●クール）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活　動　日 | 年　　月　　日（　　） | | | 発信者 |  | |
| 活動拠点 | ○○避難所 | | | 設置場所 |  | |
| 活動内容 | | | | | | |
| 時間 | 活動・行動 | | | | | 実施者 |
|  |  | | | | |  |
| チーム員の活動時間 | | | | | | |
| 氏名 | 時間 | | | | | 備考 |
|  | 【　　　時間　　　分】　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | |  |
|  | 【　　　時間　　　分】　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | |  |
|  | 【　　　時間　　　分】　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | |  |
|  | 【　　　時間　　　分】　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | |  |
|  | 【　　　時間　　　分】　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | |  |
| 会議・ミーティング報告要旨 | | | | | | |
| 会議名 | 要旨 | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| なんでも相談 | | | | | | |
| 件数 | 件 | 要旨 |  | | | |
| 翌日の予定 |  | | | | | |
| 事務局への要望 |  | | | | | |
| 所感・備考 |  | | | | | |

【様式８】

**鳥取県災害派遣福祉チーム　現金（前渡金）出納簿**

**第[　　]クール　リーダー**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | | | 摘要 | 領収書  の有無 | 収入金額 | | | | | | 支出金額 | | | | | | 差引残額 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【様式９】

**鳥取県災害派遣福祉チーム　現金（前渡金）受渡管理簿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | | | 摘要 | 金額 | | | | | | チームリーダー  受領印 | 事務局受領印 |
| 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【様式１０】

年　　月　　日

（鳥取県災害派遣福祉チーム事務局）

　社会福祉法人　鳥取県社会福祉協議会

会　長　　●●　●●　　様

住所

法人・施設名

氏名

**鳥取県災害派遣福祉チーム　派遣活動費用振込依頼書**

鳥取県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第８条第２項第１号の規定に基づき、派遣指示のあった件について、鳥取県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第９条により、下記のとおり振込依頼します。

**１．派遣活動した鳥取県ＤＷＡＴの構成員**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属先（法人・施設名） | 氏名 | 活動期間 | 備考 |
|  |  | 月　　日　～　月　　日 |  |
|  |  | 月　　日　～　月　　日 |  |
|  |  | 月　　日　～　月　　日 |  |
|  |  | 月　　日　～　月　　日 |  |
|  |  | 月　　日　～　月　　日 |  |

**２．振込先口座**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 |  | 銀行  信用金庫 |  | 支店  出張所 |
| 預金の種類 | 普通　　　　　・　　　　　当座預金 | | | |
| 口座番号 | № | | | |
| 預金者名義  ( ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ ) | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |