

2 樣式例

被災状況調査票（フェイズ0、1、2用）

発信元	発信先
地区、避難所	市町村
市町村	県（保健所）

地区名・避難所名：_____

報告者名：_____

平成 年 月 日 時 分現在

調査項目被害状況（概数）	被害状況（概数）	備考
1 被災者数 ・全体 ・高齢者 ・乳幼児 ・栄養管理が必要な人	人	
2 ライフラインの被害状況 <input type="checkbox"/> 電気		
<input type="checkbox"/> ガス		
<input type="checkbox"/> 水道		
<input type="checkbox"/> 道路等（搬送経路等）		
3 食料供給源の被害状況 <input type="checkbox"/> スーパー <input type="checkbox"/> コンビニエンスストア <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 市場 <input type="checkbox"/> その他（備蓄品保管場所等）		

※「新潟県災害時栄養・食生活支援活動ガイドライン」より改編

被災状況調査票（要支援者用）

発信元	発信先
地区、避難所	市町村
市町村	県（保健所）

地区名・避難所名：_____

報告者名：_____

平成 年 月 日 時 分現在

被害状況（概数）	人数	備考
1 被災者数	人	
○全体		
○乳幼児 ・乳児 ・幼児	人	
○妊婦 ・ か月 ・ か月	人	
○高齢者 ・流動食 ・きざみ食 ・とろみ食	人	
○慢性疾患患者 ・腎臓病・人工透析者 ・糖尿病 ・高血圧 ・その他（栄養管理が必要）	人	
○アレルギー ・卵 ・乳 ・小麦 ・そば ・落花生 ・えび ・かに	人	
○身体障害者 ・車いす使用 ・その他下肢の障害 ・その他	人	
○その他要支援者	人	

食料供給支援要請票

発信元	発信先
地区、避難所	市町村対策本部
市町村	県（保健所）

地区名・避難所名：_____

報告者名：_____

平成 年 月 日 時 分現在

支援要請項目	人数	必要食品等	食数 個数	備考
1 乳幼児用	人	粉ミルク （アレルギー用） 離乳食・ベビーフード 哺乳びん その他	個 個 食 個	
2 高齢者用	人	かゆ（缶詰・レトルト） 濃厚流動食 そしゃく困難者用食品 そしゃく嚥下困難者用食品 とろみ調整食品 蜂蜜 その他	食 食 食 食 食 個	
3 アレルギー用 （アレルギー除 去食等）	人	卵 乳 小麦 そば 落花生 えび かに	食 食 食 食 食 食 食	

食料供給支援要請票

支援要請項目	人数	必要食品等	食数 個数	備考
4 病態用 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ その他	人	・ 低ナトリウム食 ・ 減塩食調整用組合せ食品 ・ 糖尿病調整用組合せ食品 ・ 低たんぱく食品 ・ その他	食 食 食 食 食	
5 一般者用 食品・物品	人	・ 水 ・ 米 ・ ・ ・	ℓ kg	
6 その他 要支援者の状況 ・ 寝たきり ・ 車いす使用 ・ 歩行介助 ・ その他身体障害 ・ 妊婦 ・ その他	人			

食料供給状況実施記録票（炊き出しを含む）

市町村名： _____ 提供場所： _____ 担当者名： _____ 従事者人数： _____ 人

日付	食事内容	※提供している品（方法）に○をつける						水分	ライフラインの状況	支援要望	備考
		炊き出し	提供方法	主食	主菜	副菜	菜				
	朝			おにぎり パン 等	肉、魚 卵 等	野菜等					
	昼										
	夕										
	朝										
	昼										
	夕										

※「新潟県災害時栄養・食生活支援活動ガイドライン」より

被害状況調査票（フェイズ3用）

発信元	発信先
地区	市町村
市町村	県（保健所）

平成 年 月 日 時 分現在

仮設住宅又は地区名：

報告者名：

1 仮設住宅の状況

調査項目	概数及び状況	必要な支援内容等
(1) 入居世帯数		
(2) 調理設備の状況		
○調理設備の有無	有 ・ 無	
○ガスコンロ	1口 ・ 2口	
○調理台	1台 ・ 2台	
○給湯器	有 ・ 無	
○水道	1口 ・ 2口	
○電源	箇所	
(3) 食料の状況		
○主な内容と量		

2 被害住宅の状況

調査項目	状況	必要な支援内容等
(1) 調理設備		
(2) 食料の状況		

3 地域の食料供給源の状況

供給源項目	状況（有無等）	必要な支援内容等
○スーパーマーケット		
○コンビニエンスストア		
○個人商店		
○市場		
○農協		
○田畑		
○移動販売		
○その他		

※「新潟県災害時栄養・食生活支援活動ガイドライン」より

健康相談票

初回・()回

保管先

方法 ・面接 ・電話	・訪問 ・その他	対象者 ・乳幼児 ・妊産婦 ・ねたきり ・難病 ・高齢者 ・その他	担当者(立場)
()			相談日： 年 月 日 場所：

基本的な状況	氏名	男・女			生年月日	M・T・S・H 年 月 日	歳	
	元の住所	連絡先						
	①現住所	連絡先						
	②新住所	連絡先						
	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	家族について						
	被災の状況	家に帰れない理由：(自宅倒壊・ライフライン不通・恐怖・避難勧告・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、医療 機材・器具	医療機関				
	現在の状態(自覚症状)			具体的自覚症状(参考) 頭痛・頭重/不眠/倦怠感/ 吐き気/めまい/動悸・息切 れ/肩こり/関節痛・腰痛/ 目の症状/咽頭の症状/咳/ 痰/便の性状/食欲/体重減 少/精神運動減退/空虚感/ 不満足/決断力低下/焦燥感 /ゆううつ/朝方ゆううつ/ 精神運動興奮/希望喪失/悲 哀感				
日常生活の状況		食 事	移 動	着 脱	排 泄	意思疎通	保 清	その他
	自立							認知症等の 有無
	一部介助							
	全介助							
備考 必要器具 など								
食事内容	食欲	有 ・ 無	具 体 的 内 容	◆主な食事内容				
	食事制限	有 ・ 無		◆水分摂取状況				
食事コントロール	良 ・ 悪							
相談内容				指導内容				
今後の支援計画	解決 ・ 継続							

