（様式5）

避難所の医療ニーズ及び救護所設置状況等一覧（1／2）

市町名	
報告担当者	所属:　　職:　　氏名:　　TEL:　　FAX:
報告日時	平成　　年　　月　　日　　時　　分

名称	避難者数				施設の広さ/スペース密度		管理統括・代表者		その他のキーパーソン		支援組織		医療の提供状況				ライフライン						設備状況			生活環境		
	男性（昼）	男性（夜）	女性（昼）	女性（夜）	広さ	スペース密度	氏名（立場）	連絡先	氏名（立場）	連絡先	有無	チーム数等	救護所	巡回診療	地域の医師との連携	保健師の活動	電気	ガス	水道	固定電話	携帯電話	データ通信	冷暖房	照明	調理設備	屋内土足禁止	寝具	ペット対策

※避難所以外に救護所を設置した場合

設置場所	住所等				受診人数	下痢	嘔吐	咳	発熱	その他	医療スタッフの現状					医薬品等の供給等支援要望事項
	住所	TEL	FAX	設置日時							医師（外科）	医師（内科）	看護師	その他	派遣元	

避難所の医療ニーズ及び救護所設置状況等一覧（2／2）

名称	食事の供給		高齢者			妊婦		産婦	乳児	幼児・児童				障害者					難病患者	在宅酸素療養者	人工透析者	アレルギー症患者	防疫的側面			備考
	飲料水	食事量・配給	総数	75歳以上	要介護認定者	総数	妊婦健診受診困難者数			総数	身体障害児	知的障害児	発達障害児	総数	身体障害者	知的障害者	発達障害者	精神障害者					胃腸炎様症状	風邪様症状	その他	