災害アセスメントシート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 　　　　年　　月　　日(　　) | 担当 |  |
| 方法 | □電話　□訪問　□来訪　□その他(　　　　　) | 優先度 | □高　□普通　□低 |
| 利用者 | 氏名 |  | 住所 |  |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 現在いる場所 | □自宅 |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 最もつながりやすい連絡先 | □自宅 |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 本人等の自覚する被害状況 | 本人 | 家族(継続) | 家屋状況・周辺 |
| ○ケガの状況 | ○ケガの状況 | ○家屋の破損 |
| □あり　□なし | □あり　□なし | □全壊　□半壊　□一部損壊 |
| ⇒部位(　　　　　　) | ⇒部位(　　　　　　) | □その他(　　　　　　　　　　) |
| ⇒治療　□未　□済み | ⇒治療　□未　□済み | □なし |
| □受診必要(　　　へ) | □受診必要(　　　へ) |  |
|  |  | ○ライフラインの状態 |
| ○心理面の変化 | ○心理面の変化 | 　電気　□NG　□OK |
| □落ち込み　□不安 | □落ち込み　□不安 | 　ガス　□NG　□OK |
| □恐怖心　□その他 | □恐怖心　□その他 | 　水道　□NG　□OK |
| ⇒治療　□未　□済み | ⇒治療　□未　□済み | 復旧のめど |
| □受診必要(　　　へ) | □受診必要(　　　へ) | (　　　　　　　　　　　　　　) |
|  |  |  |
| ○体調面の変化 | ○体調面の変化 | ○自宅周辺の状況 |
| □あり　□なし | □あり　□なし |  |
| ⇒内容(　　　　　　) | ⇒内容(　　　　　　) |  |
| ⇒治療　□未　□済み | ⇒治療　□未　□済み |  |
| □受診必要(　　　へ) | □受診必要(　　　へ) |  |
| 避難状況 | □安全な場所にいる |
| □避難したい(必要性あり) |
| 　⇒□自力可能　⇒避難場所(　　　　　　)⇒何時まで　□不明　□(　　　)日程度 |
| 　　　自力不可能⇒　あり　なし　⇒必要な対応(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　避難したくない(必要性あり) |
| □⇒理由(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　⇒対応(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  |
|  |

　　　　年　　月　　日(　　) 担当者(　　　　　　　)

|  |  |
| --- | --- |
| 困っていること | □食事づくり　□掃除・洗濯　□買い物　□通院　□薬の管理 |
| □病院のことが不安□話し相手(相談相手)がいない　□書類の記入 |
| □住居のこと　□今後の生活 |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 今後の予定※希望 | □このままの状態で過ごしたい |
| □その他 |
| 　内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 本人の状況 | 変化 | 今 回 の 状 況 |
| 身体面からだ | 食事・服薬・整容・排泄・意思伝達・他の状況 |
|  |
|  |
|  |
| 精神面こころ | 心理面・規則正しい生活サイクル・寂しさ・不安 他の状況 |
|  |
|  |
|  |
| 行動面うごき | 転倒経験・買い物動作・調理の動作・着衣の動作 他の状況 |
|  |
|  |
|  |
| 社会面かかわり | 友人関係・書類金銭管理・近隣関係・情報収集 他の状況 |
|  |
|  |
|  |
| 特記事項※担当者の所感 |  |
|  |
|  |
| 対応欄 | 状況の変化に応じて、対応した場合に具体的に記入してください |
|  |
|  |
| 関係機関への連絡 | □連絡不必要 |
| □連絡必要 |
| 　⇒誰に(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　⇒内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  |
|  |